

ARCHIVES D'OPHTALMOLOGIE

JUILLET — 1911

MÉMOIRES ORIGINAUX

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX

DE LA SCLÉRECTOMIE AVEC BOUTONNIÈRE IRIENNE PÉRIPHÉRIQUE

Par le professeur **LAGRANGE** (Bordeaux).

La cure chirurgicale du glaucome chronique nécessite la résection de la sclérotique, car, sans cette résection, il n'est pas possible d'obtenir la fistulisation de l'œil; mais, après la résection sclérale, la question se pose de savoir s'il faut faire l'iridectomie ordinaire, la boutonnière périphérique ou ne pas toucher à l'iris, c'est là évidemment un point de première importance, puisque l'excision de l'iris, utile peut-être dans un bon nombre de cas, est certainement dangereuse dans quelques variétés de glaucome.

Bien poser les indications de la sclérectomie avec iridectomie ordinaire et de la sclérectomie avec boutonnière périphérique me paraît particulièrement intéressant, car, en ce moment, les faits cliniques sont assez nombreux pour motiver un jugement attentif.

Je m'occuperai surtout dans ce travail de la sclérectomie avec boutonnière périphérique, et tout d'abord il sera bon de bien préciser les petits points d'histoire qui concernent les détails de cette opération.

I. — HISTORIQUE DE LA SCLÉRECTOMIE AVEC BOUTONNIÈRE IRIENNE PÉRIPHÉRIQUE.

Beauvieux et Bonnefon ont dernièrement fait l'historique de ce procédé et montré sa genèse; nous leur emprunterons cette

description dont nous avons personnellement vérifié les sources. C'est en 1907 que l'iridectomie périphérique fait son apparition dans la littérature ophtalmologique et est proposée comme un complément utile de la sclérectomie. Dans un article de *The ophthalmoscope*, le major Herbert (1) s'exprime ainsi : « L'iridectomie sera autant que possible remplacée par une petite boutonnière périphérique faite seulement afin de prévenir une adhérence ou un enclavement de l'iris dans la plaie. Pour bien pratiquer cette minuscule iridectomie et pour aider dans la suite à la rétraction de l'iris, il faut toujours veiller, par l'instillation préalable d'ésérine, à ce que la pupille soit contractée. » Et l'auteur ajoute : « Il convient de dire nettement que, par sa technique et son but, cette opération est très semblable à celle de Lagrange. » En effet, dès cette époque, j'avais plusieurs fois, au cours de la sclérectomie simple, pratiqué une boutonnière périphérique dans l'iris. Le couteau, rasant de très près la base de l'iris, l'entamait parfois sur une faible étendue. Ayant observé que cet incident opératoire avait les plus heureuses conséquences en empêchant le prolapsus irien et hâtant ainsi l'établissement d'une fistulisation correcte, j'eus l'idée, sans connaître le travail d'Herbert, d'en faire un usage régulier et systématique. Les travaux ultérieurs sur l'iridectomie périphérique me déterminèrent à modifier ma technique et à faire la section périphérique de l'iris en un temps distinct, immédiatement après la section sclérale.

Mais c'est sans contredit à Holth (2) de Christiania, que revient le mérite d'avoir systématiquement défendu la brèche irienne périphérique au cours de la sclérectomie. Au Congrès de la société française d'ophtalmologie, en mai 1909 (mémoire reproduit dans les *Annales d'oculistique*), le professeur norvégien, nous présente une technique opératoire des mieux réglées et illustrée de figures précises. Il préconise, pour l'exécution de l'iridectomie périphérique, une pince à iris spéciale, permettant de saisir une minime portion de la membrane et de faire la boutonnière très étroite. « Si l'iris prolabe, écrit-il, on fait une iridectomie ordinaire, sans tentative de réduction ; s'il reste en

(1) HERBERT, *The ophthalmoscope*, 1907, p. 298.

(2) HOLTH, Sclérectomie avec la pince emporte-pièce dans le glaucome de préférence après incision à la pique. *Annales d'oculistique*, juillet 1909.

place, ce qui est la règle (pilocarpine, pas d'ésérine), on peut se contenter d'une petite iridectomie extra-sphinctérienne qui suffit à éviter tout prolapsus irien. »

La même année paraît dans *The ophthalmoscope* un article d'Elliot (1) qui, parlant de sclérectomie à la tréphine, se déclare également partisan de l'iridectomie périphérique. « On peut aussi, dit-il, associer une iridectomie à la sclérectomie en coupant la base de l'iris au niveau du trou circulaire. »

A partir de ce moment, les statistiques viennent appuyer par des chiffres et des faits précis la valeur du procédé. Dans la statistique d'Elliot, publiée en juillet dernier par *The ophthalmoscope*, nous trouvons que sur 128 opérations l'iridectomie fut pratiquée 65 fois. Mais 57 fois ce fut une iridectomie périphérique très petite, et 8 fois seulement une iridectomie large et complète. » Une pareille disproportion indique suffisamment les préférences du chirurgien anglais qui ne pratique plus l'iridectomie ordinaire que lorsqu'il y est absolument forcé et espère arriver « à améliorer l'opération » de façon à ne plus pratiquer que la sclérectomie simple.

A la fin de 1909 paraît la statistique de Pagenstecher (2), de Wiesbaden, partisan convaincu de l'iridectomie périphérique (6 cas sur 29 opérés de sclérectomie). Et tout récemment (2 décembre 1910), dans une lettre personnelle qu'il nous a écrite, ce même auteur s'exprime de la manière suivante : « A mon avis, je crois que nous allons pratiquer surtout maintenant la sclérectomie avec boutonnière périphérique. Je n'hésite pas d'ailleurs à vous dire que je considère votre opération comme le plus grand progrès que nous ayons fait depuis de longues années dans la chirurgie ophtalmologique. » Dans une communication orale, M. le professeur agrégé Cabannes nous a dit qu'il faisait systématiquement la boutonnière irienne. Il a actuellement une quinzaine d'observations avec résultats excellents.

La sclérectomie avec boutonnière périphérique a donc été pratiquée par un petit nombre d'opérateurs, mais elle est, de la part de tous ceux qui l'ont essayée, l'objet d'une faveur grandis-

(1) ELLIOT, *The ophthalmoscope*, juillet 1910, p. 482.

(2) PAGENSTECHER, *Augenh. für Arzte*, Wiesbaden, 54 ter, *Jahresbericht*, 1909.

sante. En même temps que Pagenstecher nous écrivait ce que nous avons rapporté plus haut, Holth nous confirmait aussi dans une lettre particulière ceci que nous reproduisons textuellement : « Après mon expérience, je ne puis pas considérer la sclérectomie avec boutonnière périphérique comme une opération dangereuse; c'est au contraire la meilleure que je connaisse pour la cure obligatoire du glaucome simple. Je n'ai pas eu un seul cas de glaucome aigu après cette opération que j'ai faite 104 fois. »

Ceci étant établi sur la place qu'occupe la sclérectomie avec boutonnière périphérique dans la littérature ophtalmologique, passons à la technique opératoire.

II. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE DE LA SCLÉRECTOMIE AVEC BOUTONNIÈRE IRIENNE PÉRIPHÉRIQUE.

On peut faire la boutonnière périphérique de deux façons : 1° avec le couteau, en rasant la base de l'iris ; 2° avec les ciseaux, après ou avant la sclérectomie.

1° Pour faire la boutonnière périphérique avec le couteau il faut s'appliquer à introduire la lame du fin couteau de de Græfe exactement au devant de l'iris, et, après avoir fait la contreponction, au moment même d'entamer la sclérotique avec le milieu de la lame, il faut tourner celle-ci en arrière ; la base de l'iris ou une région très voisine de la base est sectionnée ; on redonne à la lame sa direction première, car, en continuant, on s'exposerait à intéresser la zonule, et on taille le biseau scléral ; il y a là un petit tour de main un peu particulier, peut-être faut-il le voir faire pour bien le comprendre ; d'ailleurs, il ne réussit pas toujours, mais il n'en coûte rien de l'essayer ; il est toujours temps ensuite de faire la boutonnière périphérique par l'un des moyens conseillés par Elliot, Herbert ou Holth, ou en observant le mode opératoire suivant que nous recommandons.

2° Si l'on n'a pas réussi à faire la boutonnière périphérique au couteau, on peut la pratiquer avec les ciseaux de de Wecker. Lorsque la résection sclérale est faite, on se trouve en face de l'une ou l'autre de ces deux situations : ou l'iris prolabe ou il ne prolabe pas. S'il prolabe, il est bien facile de le saisir près du

grand cercle et d'en exciser un petit fragment, mais nous croyons que l'excision est inutile ; pour obtenir une parfaite boutonnière périphérique, il suffit d'une section avec les ciseaux, c'est-à-dire d'une simple incision qu'il faudra placer le plus possible à la base de l'iris. Si l'iris ne prolabe pas, et qu'on veuille cependant faire une boutonnière irienne (et ne pas se contenter, comme on le peut en pareil cas, de la sclérectomie simple), on ira avec les pinces chercher l'iris qu'on sortira à moitié et sur la base duquel on pratiquera la boutonnière désirée par une simple section (sans résection), avec les ciseaux. On peut se servir pour cette section des ciseaux mêmes qui viennent d'être utilisés pour la sclérectomie ; les ciseaux spéciaux de de Wecker sont également très commodes.

III. — VALEUR DE CETTE OPÉRATION.

La valeur de cette opération peut être démontrée à l'aide de deux sortes d'arguments :

1° Des arguments théoriques ;

2° Des arguments pratiques.

Les arguments théoriques sont tirés : 1° des dangers que présente l'iridectomie ordinaire dans certaines variétés de glaucome ; 2° de l'utilité qu'il y a à conserver le sphincter de l'iris et l'action ordinaire des myotiques ; 3° de la possibilité d'obtenir sans aucun danger d'enclavement une très bonne fistulisation sous-conjonctivale ; 4° de l'inocuité absolue de cette opération à laquelle on ne peut attribuer, jusqu'ici du moins, aucune complication. Nous pourrions insister longuement sur ces diverses propositions, mais comme les détails de ces développements sont connus de tous les oculistes, nous pourrions être brefs.

Au sujet des dangers de l'iridectomie dans certaines variétés de glaucome, il nous suffira de rappeler ici ce que de Græfe a écrit des dangers qu'il y a à toucher l'iris lorsque le point de fixation est affleuré par le champ visuel, dangers qui pour nous sont d'autant plus grands que la décroissance du champ visuel a été plus rapide. Quand on intervient chez un malade qui, dans les derniers mois, a vu se rétrécir rapidement le champ de sa vision en dedans, il y a tout à fait lieu de redouter le passage

brusque de ce champ de vision de l'autre côté du point central et c'est là une conséquence tout à fait malheureuse, trois fois avec l'iridectomie nous avons été témoin d'un pareil désastre. Ce sont les glaucomes chroniques simples à hypertension intermittente qui exposent à ce genre d'accidents, et c'est à leur endroit surtout qu'il faut être circonspect au sujet de l'iridectomie; en pareil cas, il ne faut jamais faire la sclérectomie avec iridectomie ordinaire; il faut pratiquer la sclérectomie simple, si l'iris ne prolabe pas du tout dans la plaie, si la pupille reste bien ronde, et, s'il y a prolapsus à un degré quelconque, se contenter de la boutonnière périphérique.

La boutonnière périphérique a, en outre, le grand avantage de conserver une pupille intacte et de permettre aux myotiques de la contracter, c'est-à-dire de débloquer l'angle irien sur toute son étendue, et aussi de conserver au sujet le pouvoir de régler la quantité de lumière qui doit entrer dans son œil; l'acuité visuelle est meilleure qu'après l'iridectomie ordinaire et la thérapeutique opératoire plus utile.

La sclérectomie, quelle que soit la section faite à l'iris, est la même et la fistulisation de l'œil tout aussi complète, qu'on touche à l'iris ou qu'on n'y touche pas. Dans la sclérectomie simple, l'iris risque d'être jeté dans la plaie par l'humeur aqueuse qui s'accumule derrière lui, mais, s'il existe une boutonnière à la base, aussi petite qu'elle soit, l'humeur aqueuse passe par cette boutonnière et trouve ainsi aisément la route de la brèche sclérale; il ne peut y avoir accumulation d'humeur à la face postérieure de l'iris; il suffit de la moindre fente pour que cette accumulation soit impossible. Nous avons maintes fois fait à la pince-ciseaux une incision minuscule, une incision qu'il était très difficile de voir après l'opération, parce qu'elle était cachée derrière la partie sclérale de la chambre antérieure; cette boutonnière suffisait largement à préserver le sujet de l'enclavement, et jamais après une pareille opération, je n'ai constaté l'apparition de l'enclavement de l'iris dans la plaie.

Enfin la facilité et l'innocuité de cette opération parlent tout à fait en sa faveur. Elle n'est pas facile à faire au couteau pour ceux qui n'ont pas l'habitude de la sclérectomie, mais elle est très facile à faire avec la pince-ciseaux en suivant les conseils de Holth, qui, je crois, ne l'a pas pratiquée avant moi, mais

qui a eu le grand mérite d'attirer sur sa valeur et sur sa grande utilité l'attention de ses confrères.

Tels sont les arguments théoriques en faveur de la sclérectomie avec boutonnière irienne périphérique. Voyons maintenant les arguments pratiques.

Je puis invoquer à l'appui de mon travail dix observations personnelles toutes vieilles de plus d'un an et exactement suivies.

Ce sont les observations publiées déjà *en détails* dans mon travail des *Archives d'ophtalmologie* (1) et par MM. les docteurs Beauvieux et Bonnefon dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux* (2), et dont voici le court résumé :

Obs. I. — M. D..., 58 ans, Montpreinblanc (Gironde), glaucome chronique double. Perte complète de la vision OG. OD + 1 V = 2/3. Sclérectomie perforante avec incision par le couteau de la base de l'iris en juin 1909.

28 août 1910. — Large fistule sclérale avec soulèvement de la conjonctive dans l'angle interne de la plaie. Boutonnière irienne très visible à l'éclairage oblique. OD + 1 V = 1 faible, mars 1911, même état.

Obs. II et III. — M. Ch., 36 ans, Gontaud (Lot-et-Garonne), glaucome chronique double OD : 115° + 2.50. V = 1 faible; OG V = 1/25.

Le 12 novembre 1909, double sclérectomie avec boutonnière irienne périphérique.

Le 12 octobre 1910, à droite, cicatrice fistuleuse avec ampoule conjonctivale. Tension normale. Brèche irienne bien visible. Même acuité. A gauche, cicatrice plate, tension normale : V = 1/25.

Obs. IV. — M. B., 50 ans (Vic-de-Bigorre), perte complète de la vision O D, à la suite d'un glaucome aigu. O G glaucome chronique typique. V = 1/4. T = + 1.

6 février 1909. Sclérectomie avec boutonnière irienne périphérique au couteau. Revu le 15 décembre 1910, et depuis à plusieurs reprises, M. B. présente une petite ampoule conjonctivale : pupille ronde sans enclavement. Brèche irienne bien visible à l'éclairage oblique. V = 1/3.

Obs. V. — Mme E., 51 ans (Bordeaux), double glaucome chronique,

(1) LAGRANGE, Indications et valeur comparée de la sclérectomie perforante. *Archives d'ophtalmologie*, septembre 1910, pp. 529-561.

(2) BEAUVIEUX et BONNEFON, la sclérectomie avec iridectomie périphérique dans la cure du glaucome chronique. *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 11 décembre 1910-

opéré seulement du côté droit le 18 mai 1908 — OD : $V = 1/4$. T + 4 fort. Sclérectomie perforante simple avec brèche de l'iris au couteau au moment de la section sclérale. Le 6 avril 1911, on note la présence d'une vaste ampoule au niveau de la plaie. La brèche irienne est très apparente. Tension normale. L'acuité a beaucoup progressé. $V = 1/2$.

Obs. VI. — M. X..., 74 ans, Mézin (Lot-et-Garonne) glaucome double ; OD : $V = 1/4$; OG : $V = 2/3$; champs visuels très rétrécis. Le 24 juin, sclérectomie perforante simple OD. Le 30, même opération à OG. L'iris tend à s'enclaver ; le 2 juillet, section du prolaps à la pince ciseaux ; l'iris regagne sa place.

Août 1910. Excellent résultat. A OD, forte ampoule conjonctivale au niveau de la plaie sclérale et de la brèche irienne. Tension normale. $V = 2/3$.

Obs. VII. M. X., 43 ans, double glaucome chronique avec champs visuels avoisinant le point de fixation. ODG : $V = 2/3$ fort. Tension augmentée. Le 13 octobre 1909, sclérecto-iridectomie ordinaire OD. Bon résultat au point de vue de la tension, cependant diminution légère de l'acuité visuelle. Pour OG, nous voulons mieux faire et opérer le malade comme les six précédents, c'est-à-dire exécuter l'opération de choix de Holth et de Pagenstecher. Le 23 février 1910, sclérectomie simple. L'iris ayant une légère tendance à prolaber, très petite iridectomie périphérique. Dans la nuit du 24 au 25, attaque de glaucome aigu à OG. Il n'existe aucun enclavement irien au niveau de la plaie. Le 25, l'œil étant très tendu, on agrandit la brèche irienne à l'aide d'un rapide coup de ciseaux, l'iridectomie totale étant impossible. Perte d'une goutte de corps vitré. Suites opératoires des plus normales. Le glaucome aigu cède à cette dernière intervention. Le malade échappe à nos soins le 6 mars incomplètement rétabli.

Obs. VIII. — Mme Ch., 45 ans (Bordeaux), double glaucome chronique à hypertension constante. Champs visuels très rétrécis. OD : $V = 1/3$, OG : $V = 1/25$.

Les 16 et 18 octobre, double sclérectomie simple, mais à gauche, brèche irienne périphérique au couteau pendant la section de la sclérotique.

Excellent résultat le 10 décembre 1910. OD : $V = 1/3$; OG : $V = 1/25$. Tension normalisée des deux côtés. A gauche, ampoule conjonctivale au-dessous de laquelle la brèche irienne est très distincte.

A ces observations au nombre de huit, que le lecteur trouvera en détails aux sources indiquées, je puis ajouter la suivante qui n'a pas encore été publiée et que je donne *in extenso* :

Obs. IX et X. — M. X..., de Gan (Basses-Pyrénées), 34 ans, a sa mère, qui, à la suite d'un glaucome aigu, a perdu la vision de OD,

en 1896. Sa sœur est également atteinte d'un double glaucome chronique. Aucun antécédent personnel.

En 1900, M. X., arthritique, très nerveux, très affiné dans ses sensations, a commencé à ressentir les prodromes du glaucome (obnubilations, cercles irisés). En 1901, les attaques se font plus fréquentes à droite, puis apparaissent à gauche. Elles diminuent alors peu à peu d'intensité, et l'affection prit une allure chronique, à la suite d'un double arrachement du nerf nasal qui lui fut pratiqué à cette époque. En 1903, de Wecker conseilla la sclérotomie. Au mois d'octobre de la même année, pour suivre ce conseil, je fis une double sclérotomie



sans résultat appréciable. Depuis la maladie a continué ses progrès et M. X... vint me retrouver le 25 août 1908, dans l'état suivant :

OD. Tension très augmentée. Le champ visuel mesure 30° en haut et en dedans, 5° en bas, 45° en dehors. La papille, fortement excavée, est blanche, en voie d'atrophie. Du reste, l'acuité n'égale que 1/100 environ.

OG. L'acuité est meilleure : $V = 1/3$ avec un champ visuel qui mesure 80° en dehors, 35° en haut, 60° en bas, 45° en dedans. La tension égale $T + 4$. Papille fortement excavée.

A deux jours d'intervalle, je pratique une double sclérectomie perforante simple avec brèche irienne périphérique au couteau. Suites opératoires excellentes.

Depuis M. X... a été revu à plusieurs reprises, et le 12 février 1911, on constate l'état suivant :

O D. Légère conjonctivite avec boutonnière irienne bien visible ; tension normale. Même champ visuel. $V = 1/40$.

O G. Ampoule conjonctivale un peu plus volumineuse. La brèche irienne est également très nette. Tension tout à fait normale. Le champ visuel mesure : 80° en dehors, 60° au haut et en bas, 50° en dedans. $V = 1/3$ fort. Il semble que l'excavation de la papille ait diminué.

Tous les symptômes subjectifs ont disparu depuis l'intervention que nous avons pratiquée en août 1908. Voici du reste quelques extraits d'une lettre que le malade m'a écrite le 4 décembre 1910 :

« Grâce à votre bienfaisante intervention, mon état se maintient. Si je n'ai pas eu d'amélioration très notable au point de vue de l'acuité, du moins je ne connais plus depuis lors ces petites douleurs passagères, ni ces obnubilations survenant spontanément. Je puis lire quelque peu... Je ne crains pas de m'aventurer en bicyclette... Mes yeux ne sont plus jamais durs au retour de mes courses en plein air. Grâce à vous, la terrible maladie est à jamais hors d'état de me nuire. »

Tous ces faits sont favorables, sauf l'un d'eux qui s'est compliqué d'une poussée de glaucome aigu, à la pratique de la sclérectomie avec boutonnière périphérique. Ils démontrent que cette opération convient particulièrement dans les cas de ce genre, c'est-à-dire chez les sujets nerveux, prompts à l'inhibition, à champs visuels rétrécis, et que ses indications sont au propre les suivantes :

Il est entendu tout d'abord que l'intervention n'est à conseiller que lorsque le champ visuel se rétrécit et que l'acuité baisse, malgré les myotiques et le traitement médical, données que nous avons toujours respectées. Outre ces données générales qui commandent tous les modes d'intervention, la sclérectomie avec iridectomie périphérique, d'après notre expérience personnelle, nous paraît indiquée dans les conditions suivantes :

1° Affleurement du point de fixation par le champ visuel, cette situation rendant l'iridectomie ordinaire dangereuse ;

2° État nerveux du sujet prédisposant à l'inhibition, c'est-à-dire à la perte brusque de la vision centrale ;

3° Tension modérée de l'œil glaucomateux avec intermittence, allant de la tension normale à une tension relativement considérable, jusqu'à $T + 2$.

En résumé, tension élevée de temps à autre, sous l'influence de causes diverses, parfois d'une simple émotion, qui fait que la sclérectomie simple n'est pas sûre, affleurement du champ visuel

chez un sujet nerveux rendant l'iridectomie dangereuse, telles sont les deux conditions qui conduisent à préférer à toute autre intervention la sclérectomie avec iridectomie périphérique, car elle préserve du prolapsus et n'expose pas à l'inhibition.

SUR UNE MODIFICATION A L'OPÉRATION DE LAGRANGE

(EMPLOI DU COUTEAU LANCÉOLAIRE)

Par le docteur **Henri COPPEZ** (Bruxelles).

La communication que j'ai l'honneur de présenter ici est d'ordre absolument technique.

Je ne veux entrer dans aucune considération sur les avantages de la sclérectomie, simple ou combinée, ni sur les résultats éloignés de cette opération. Je veux simplement proposer une méthode opératoire qui permettra, je pense, à certains qui n'ont point encore osé tenter cette intervention, d'y recourir avec sécurité.

L'instrument de choix pour pratiquer la ponction de la chambre antérieure, au cours de l'iridectomie antiglaucomateuse, est le couteau lancéolaire. C'est cet instrument que de Graefe a employé; c'est celui que tous les auteurs actuels conseillent chaque fois qu'il est utilisable, c'est-à-dire quand la chambre antérieure n'est pas trop étroite. Le couteau lancéolaire permet en effet, beaucoup mieux que le couteau de Graefe, de doser l'évacuation de l'humeur aqueuse et d'éviter la sortie brusque de cette dernière, amenant à sa suite la hernie de l'iris, la subluxation du cristallin ou des hémorragies profondes.

La sclérectomie, telle que Lagrange l'a proposée, se fait au couteau de Graefe et c'est pourquoi nombre de praticiens qui utilisent le couteau lancéolaire ont hésité à l'adopter. C'est dans cet ordre d'idées que j'ai cherché une méthode opératoire qui permit de recourir à la pique.

Il est bien évident que lorsque nous enfonçons le couteau lancéolaire dans la sclérotique à 1 millimètre et demi du limbe cornéen suivant le procédé classique, nous sectionnons la conjonctive exactement au-devant de l'incision sclérale; par consé-

•

quent la conjonctive ne peut plus être utilisée pour recouvrir hermétiquement la brèche de la sclérotique, condition indispensable au succès de l'opération.

Pour arriver à enfouir la boutonnière de la sclérotique sous la muqueuse bulbaire, j'ai imaginé le procédé suivant :

J'ai mobilisé la conjonctive et dénudé la sclérotique, lieu d'élection pour la ponction. L'incision sclérale se fait alors au couteau lancéolaire. On y ajoute on non l'iridectomie, totale ou périphérique : ce point n'a aucune importance pour la question actuelle et on repose la conjonctive au-dessus de la boutonnière.

Le but de cette opération est d'obtenir une cicatrice filtrante. Gamo Pinto a déjà noté (*Encyclopédie française d'Ophtalmologie*, t. V, p. 155) que si l'on a détaché la conjonctive de la sclérotique, la cicatrisation cystoïde s'obtient plus facilement que si on a laissé ces deux membranes adhérentes. « La plaie de la conjonctive se ferme tout d'abord et les bords de l'incision sclérale sous-jacente s'entrebâillent. Par la suite, il se forme entre eux une prolifération de substance transparente friable, produite par les tissus bulbaires et le tout est soulevé par la pression intra-oculaire. »

On voit que dans l'opération que je propose, si même pour une cause quelconque (indocilité du malade, menace de perte du corps vitré ou d'hémorragie) on ne pouvait exciser une languette de sclérotique, on a pourtant des chances d'obtenir un bâillement permanent de la plaie et une filtration continue du liquide intra-oculaire.

Comment tailler le lambeau conjonctival ?

J'ai utilisé plusieurs procédés :

1° J'ai d'abord décrit un lambeau adhérent au limbe cornéen sur une étendue d'un centimètre environ (fig. 1). Je donne à ce lambeau placé à la partie supérieure de la cornée les dimensions d'un centimètre carré environ. Je le dissèque et je le rabats sur la cornée. Ici se produit une légère difficulté ; dès que la pointe du couteau lancéolaire a pénétré dans la chambre antérieure, il faut que l'assistant saisisse le lambeau de la conjonctive et le replace vers le haut, sinon il masque la vue de la chambre antérieure et il est difficile à l'opérateur de suivre son couteau.

L'opération terminée, le lambeau conjonctival est reposé et il

se maintient facilement en place. Au bout de quelques jours la cicatrice cystoïde est formée.

2° Pour éviter de toucher au lambeau conjonctival au cours de la ponction, j'ai imaginé de détacher le lambeau au niveau

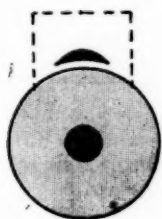


FIG. 1.

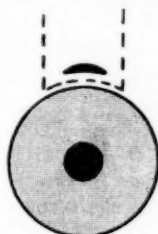


FIG. 2.

du limbe cornéen et de le laisser adhérent en haut (fig. 2). De cette manière, la conjonctive ne gêne plus la surveillance de la paracentèse, mais la conjonctive se rétracte et deux points de suture sont nécessaires pour la maintenir en place. Ces points sont naturellement très voisins de la brèche sclérale et peuvent irriter celle-ci. Ce procédé n'est donc pas recommandable.

3° Dans ces temps derniers j'ai recouru à la méthode que le docteur Van Lint a proposée à la Société française d'Ophthalmologie en mai 1911, pour l'opération de la cataracte.

On détache la conjonctive du limbe cornéen sur la moitié ou les deux cinquièmes supérieurs de la cornée, jusqu'à une distance de 7 à 8 millimètres de celle-ci (fig. 3), on place un point

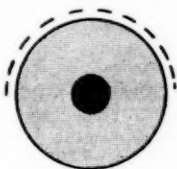


FIG. 3.

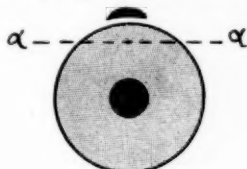


FIG. 4.

de suture à chaque extrémité de la conjonctive ainsi mobilisée ; les orifices d'entrée et de sortie des fils se trouvent environ à 8 millimètres l'un de l'autre. Si l'on serre les points de suture, la conjonctive se tend et vient recouvrir le cinquième supérieur environ de la cornée (fig. 4).

Par cette méthode appliquée à la sclérectomie, nous n'avons plus de lambeau conjonctival venant gêner l'opérateur et nous n'avons plus de points de suture voisins de la plaie pouvant irriter celle-ci : la conjonctive dépassant de beaucoup la boutonnière sclérale, cette dernière est bien recouverte et les suites opératoires ne présentent aucune complication.

LA SCLÉRECTOMIE SIMPLE DANS LE GLAUCOME

Par le docteur **BETTREMIEUX**.

Je désire prouver par les quelques observations ci-contre que la sclérectomie simple péricornéenne, non perforante, a dans certains cas de glaucome une efficacité indiscutable.

M. C..., 68 ans, me consulte en février 1908.

Son œil droit est perdu par glaucome chronique ancien.

Son œil gauche légèrement hypertone avec chambre antérieure peu profonde avait $1/6$ de vision sans verre et avec $+2,50$ $1/2$. Depuis six mois environ, il voyait des arcs-en-ciel autour des flammes, éprouvait une sensation de tension rétro-oculaire et avait chaque jour une crise d'obnubilation commençant le matin vers 8 heures et cessant à une heure variable entre 11 heures du matin et 5 heures du soir.

La sclérectomie n'est acceptée qu'après six semaines de traitement par la pilocarpine qui ne fait pas disparaître les crises d'obnubilation.

Après l'opération pendant quelques mois, M. C... voit encore à intervalles espacés quelques auréoles autour des flammes, il continue pendant quelques mois et d'une façon très intermittente les instillations de pilocarpine. A partir du jour de l'opération, les crises d'obnubilation cessent complètement. M. C..., exerce une profession qui l'oblige à écrire et à calculer beaucoup, sa vue suffit parfaitement à cette tâche.

La guérison de M. C... est un cas particulièrement heureux, l'expérience a prouvé chez lui l'insuffisance des myotiques et si on lui avait fait une iridectomie qui en pareil cas est loin d'être toujours inoffensive, il n'aurait certainement pas la vision nette

que lui donne la conservation d'une pupille ronde, centrale et bien contractile.

L'acuité visuelle avec correction = $1/2$ facile, le champ visuel est normal.

Je rapporte ce cas bien que je l'aie présenté déjà en novembre 1909 à la Société belge d'ophtalmologie parce qu'il y a certainement intérêt pour juger de l'efficacité d'une intervention mise en œuvre dans un cas de glaucome, à constater que la guérison qui restait acquise après vingt mois se maintient après un nouveau laps de temps qui porte sa durée à plus de trois ans ; c'est l'affirmation de son état définitif et cela a dans le cas particulier une importance capitale. En effet, la seule opération antiglaucomateuse qui puisse en ce qui concerne l'innocuité supporter à peu près la comparaison avec la sclérectomie simple, non perforante c'est la sclérotomie, et on sait qu'on a reproché à la sclérotomie de ne donner que des résultats passagers.

D'autre part, je désirais montrer par comparaison avec l'autre sujet la différence qu'il y a entre la sclérectomie simple comme je cherchais à la faire quand je désirais créer une zone de filtration et l'excision sclérale que je pratique depuis que j'ai la conviction que la sclérectomie agit en créant des anastomoses entre les vaisseaux profonds de la région péricornéenne de la sclérotique et les vaisseaux de la conjonctive et du tissu sous-conjonctival.

Suivant la première technique, j'atteignais tout de même ce but mais je préfère la seconde qui comporte une excision sclérale moins profonde et un peu plus allongée. Cette deuxième manière de faire m'a paru aussi efficace. L'opération y a sûrement gagné en innocuité.

Le deuxième sujet est un jeune homme de 27 ans ayant subi, il y a environ seize ans, la discission aux deux yeux pour une cataracte zonulaire. Quand je l'ai vu la première fois en novembre 1909, il avait l'œil gauche irrémédiablement perdu pour la vision ; l'aspect atrophique de l'iris porte à croire, bien que cet œil soit actuellement hypotone, qu'il a dû se perdre par glaucome. L'œil droit était dur, son corps vitré était trouble ; la vision, d'après le malade, diminuait de jour en jour comme cela s'était produit à l'œil gauche quand la vue de ce côté s'était perdue complètement, il en était venu à se diriger très difficilement.

Je lui fis le 13 novembre 1909, avec mon confrère Delcœuille, une sclérectomie qui amena une diminution très appréciable de la tension, une certaine amélioration de la vision et un éclaircissement progressif et rapide du vitré.

La vision alla en s'améliorant légèrement pendant deux ou trois mois ; une deuxième sclérectomie faite en janvier 1910 ne parut pas avoir grande efficacité. Depuis un an, l'état est stationnaire avec légère tendance à l'amélioration ; au tableau d'acuité visuelle, le sujet n'accuse guère que 1/20, mais il peut se diriger très facilement pendant la journée, le soir il est plus gêné.

Outre que je n'ai aucune raison de suspecter la sincérité des déclarations de ce sujet j'ai la certitude par le témoignage d'une personne qui l'a sérieusement observé avant l'opération, qu'il se dirigeait très difficilement, se heurtant souvent aux obstacles, et depuis la sclérectomie je l'ai vu moi-même plusieurs fois marchant vite et sans difficulté dans une rue encombrée.

Pour apprécier la valeur de ce résultat, il faut tenir compte d'abord de l'état de l'autre œil ; il est infiniment probable que l'œil droit abandonné à lui-même se serait perdu complètement comme son congénère ; je rappelle que, d'après le malade avant la sclérectomie la vue diminuait de jour en jour.

Malgré l'état précaire de l'acuité visuelle, ce cas-ci est comme le précédent, un exemple de glaucome enrayé et amélioré par la sclérectomie. Je crois que l'iridectomie sur cet œil aphake, à iris tremblotant, n'eût pas été sans danger, et je doute qu'elle eût donné un résultat meilleur.

Si la sclérectomie simple est insuffisante soit immédiatement, soit après un certain laps de temps, on a la ressource de faire une iridectomie ou de pratiquer une seconde sclérectomie.

J'ai fait en août 1907 une sclérectomie qui n'a pas suffi à calmer les douleurs qui étaient le symptôme dominant d'un glaucome ; une iridectomie pratiquée huit jours après a donné un résultat excellent et définitif.

J'ai eu en traitement et en observation pendant trois ans environ un glaucomateux qui est mort il y a quelques mois âgé de 71 ans. Il était venu me consulter pour un glaucome subaigu, et une sclérectomie pratiquée à chaque œil avait ramené sa vue à un état très satisfaisant ; après six mois environ les phénomènes

glaucomateux reparurent. Une iridectomie, pratiquée à l'œil gauche sans faute opératoire apparente, eut pour résultat après l'excision de l'iris une légère perte de vitré, le cristallin s'opacifia, l'œil fut perdu pour la vision; au contraire, à l'œil droit une seconde sclérectomie ramena la tension et l'acuité visuelle à un degré satisfaisant; le malade put jusqu'à la fin de sa vie se diriger facilement et se livrer à quelques petits travaux.

L'iridectomie peut être indiquée dans le cas d'insuffisance de l'excision sclérale; inversement, on peut être amené à pratiquer une sclérectomie simple sur un œil se perdant par glaucome malgré une large iridectomie comme dans le cas suivant :

Alfred D..., 21 ans, a subi l'iridectomie à l'œil gauche il y a quelques années pour un glaucome; la vision de cet œil a beaucoup perdu depuis plusieurs mois. M. Painblan, qui a vu ce malade en même temps que moi il y a quelques semaines doit se rappeler cet œil largement iridectomisé, nettement hypertone; la papille est excavée, la vision est réduite à un peu de perception dans la partie externe du champ visuel. Je lui ai fait le 24 janvier une sclérectomie simple qui a abaissé la tension, amélioré la vision et étendu le champ visuel.

Par comparaison avec d'autres cas analogues, avec celui du second malade que je vous ai présenté notamment, il est permis d'espérer que ce résultat se maintiendra.

L'action antiglaucomateuse de la sclérectomie, qui facilite l'issue du sang veineux hors de l'œil dans la région péricornéenne, s'explique, à mon avis, par ce fait que le glaucome est essentiellement un trouble de la circulation sanguine de l'œil.

Des recherches récentes ont montré que les veines ciliaires antérieures sont plus nombreuses et jouent un rôle plus important qu'on ne l'avait cru jusqu'ici.

C'est une notion classique que le glaucome se produit quand la circulation veineuse est embarrassée dans la choroïde et le corps ciliaire si la circulation compensatrice collatérale par les veines ciliaires antérieures vient à être insuffisante, et c'est un corollaire de cette conception du glaucome qu'une opération qui facilite l'issue du sang veineux hors de l'œil dans la région du canal de Schlemm est tout indiquée dans cette affection.

Panas a dit que le glaucome est une hypertonie de l'œil par

rétention, par insuffisance du courant de décharge dont la voie principale réside dans le canal de Schlemm et les plexus veineux qui en émanent.

De Wecker a défini le glaucome une rupture d'équilibre entre la sécrétion et l'excrétion des liquides oculaires. Cette conception me paraît en opposition formelle avec ce fait que le glaucome avec tous ses symptômes portés au maximum, ce qu'on est convenu d'appeler le glaucome malin apparaît quelquefois très peu de temps après l'iridectomie sclérotomique ou sclérectomique, alors que bien évidemment il n'y a aucun obstacle à l'excrétion des liquides oculaires.

Je ne crois pas que les incisions et les excisions sclérales agissent dans le glaucome en favorisant l'issue de l'humeur aqueuse par une cicatrice filtrante ou par une fistule; à mon avis, elles combattent la stase sanguine en créant des anastomoses entre les vaisseaux profonds de la région péricornéenne et les vaisseaux conjonctivaux et sous-conjonctivaux.

Le fait qu'une simple paracentèse de la chambre antérieure atténue quelquefois les symptômes glaucomateux s'explique parfaitement par ce fait qu'elle dégage les voies sanguines antérieures de l'œil dont la suppression par contre produit de toutes pièces l'état glaucomateux.

La sclérectomie simple péricornéenne non perforante est intéressante parce qu'elle est une arme en plus contre cette affection si polymorphe et souvent si difficile à guérir qu'est le glaucome; elle est surtout intéressante parce que pourvu qu'elle soit pratiquée dans de bonnes conditions d'asepsie elle est toujours et complètement inoffensive.

Lorsqu'un œil glaucomateux a été traité sans succès par l'iridectomie ou la sclérotomie ou bien en cas d'accès glaucomateux survenant sur des yeux préalablement iridectomisés, on obtient quelquefois une guérison définitive par une simple section de l'ancienne cicatrice (oulétomie). De Wecker rectifiait au besoin l'ancienne section pour la faire bien tomber dans la sclérotique. Cela étant, comment est-il possible d'affirmer que dans l'iridectomie anti-glaucomateuse la modification de la paroi sclérale n'est pour rien dans la guérison et pourquoi ne pas essayer, tout au moins dans certains cas de glaucome, avant l'iridectomie, la sclérectomie non perforante, opération plus simple, plus

facile, moins dangereuse, plus conservatrice au point de vue esthétique et au point de vue optique, en la combinant si on veut avec une paracentèse de la chambre antérieure ?

FAITS CLINIQUES

UN CAS DE NEURO-FIBROME DES PAUPIÈRES

Par le professeur **ROHMER** (de Nancy).

L'intérêt de cet article réside en deux points : d'abord en ce qu'il s'agit d'une observation très complète dont le sujet a pu être déjà observé, une première fois en 1881, puis revu en 1905, c'est-à-dire 24 ans après; qu'ensuite (et c'est là le second point intéressant), le malade, pendant son second séjour à la Clinique, a fait voir l'évolution de son mal, évolution devenue fatale et qui a permis de pratiquer l'autopsie.

Voici d'abord la première partie de l'observation publiée par M. le professeur Gross, dans la *Revue médicale* de l'Est en 1882, sous le nom d'éléphantiasis des paupières.

OBSERVATION. — Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, de tempérament lymphatique, d'une consistance assez débile, exerçant la profession de jardinier; pas de maladie antérieure, ni d'antécédents héréditaires saillants.

C'est à l'âge de 12 ans que débute l'affection actuelle; les parents, à ce moment, remarquèrent un accroissement progressif de la paupière supérieure droite qui alla toujours en augmentant, mais graduellement et sans poussées. Puis, la région temporale fut envahie à son tour, sans douleur, ni troubles dans la vision ou dans la sécrétion lacrymale. Il y a quelques mois, une chute sur le siège du mal produisit en quelques minutes une bosse de la grosseur du poing.

Actuellement (1881), la paupière supérieure droite, la paupière inférieure et la région temporale sont le siège d'une tuméfaction considérable. La paupière supérieure mesure 7 centimètres de largeur et 5 de hauteur. Elle recouvre complètement le globe oculaire, et déborde légèrement la paupière inférieure; cette dernière mesure 5 centimètres de largeur et seulement 2 centimètres de hauteur. La tuméfaction des paupières se continue avec celle de la région temporale. La peau qui recouvre les paupières est lisse et rosée, laissant voir par

transparence les veinules sous-cutanées qui sont dilatées. Dans la région temporale, la peau présente quelques petites verrues est fortement pigmentée et le système pileux y est anormalement développé. La palpation montre que la peau a conservé son épaisseur normale, et que les parties sous-jacentes offrent une consistance uniformément molle; à la paupière supérieure, on constate l'existence de quelques nodosités profondément situées, de la grosseur d'un pois chacune et rappelant par leur consistance la sensation d'un paquet de veinules variqueuses étendues transversalement sous l'arcade orbitaire.

La palpation n'est pas douloureuse et ne permet en aucune manière de réduire le volume de la tumeur. Au niveau de la région temporale, la peau est épaissie, et la tuméfaction des tissus sous-cutanés paraît moins dense que dans les paupières; enfin, il est très facile de se rendre compte que la suture fronto-pariétale est notablement élargie jusqu'au sommet de la tête.

La tumeur, qui n'est douloureuse ni spontanément, ni à la pression, n'entrave la fonction de la vision que par l'occlusion des paupières.

Le volume de la tumeur semble très légèrement augmenté lorsque le malade baisse la tête, et sous l'influence d'une élévation de température; il diminue, au contraire, par l'action du froid et sous l'influence du repos.

Une ponction exploratrice pratiquée avec l'aiguille de Pravaz, au niveau de la queue du sourcil, ne donne que du sang.

Trois séances d'électrolyse sont successivement pratiquées, les 17 novembre, 5 décembre, et 11 décembre, mais sans résultat notable.

Le 13 janvier 1882, chute, dans un escalier, portant sur la région temporale: en quelques instants, il se produit une tuméfaction grosse comme le poing, sans souffle, ni battements, qui est traitée par l'application de glace et la compression; le 2 février, la tumeur a diminué environ d'un tiers, n'est plus douloureuse à la pression; sa consistance est devenue molle, avec sensation de fausse fluctuation.

Le 4 mars, on excise une assez notable partie de la tumeur, et on réunit par quelques points de suture qui ont permis la réunion par première intention, sauf aux extrémités de l'incision qui ont été drainées.

Le malade, peu de temps après, a quitté l'hôpital, puis a été perdu de vue jusqu'en 1905. (Gross.)

Quoi qu'il en soit, la portion de tumeur excisée par M. le professeur Gross, a été examinée histologiquement par le professeur Baraban, après macération, pendant 3 jours, dans la solution chromique ordinaire, puis pendant 24 heures dans l'alcool pour en compléter le durcissement. Des coupes ont été pratiquées, les unes en plein néoplasme, les autres perpendiculairement à la surface cutanée, de façon à établir la gradation des lésions depuis la peau jusqu'aux parties profondes; ensuite elles ont été traitées par le picro-carmin et par l'acide osmique.

En pleine tumeur on voit quelques groupes de vésicules adipeuses séparées par du tissu fibreux dans lequel on remarque un grand nombre de noyaux ovoïdes ou fusiformes, disposés le plus souvent sans régularité; d'autres fois au contraire arrangés en tourbillons ou en faisceaux parallèles. Par endroits, ce tissu fibreux est assez vasculaire; par places, on remarque autour des capillaires une néoformation conjonctive plus active qui se traduit par un nombre plus considérable de noyaux embryonnaires dans la zone de tissu qui entoure immédiatement le vaisseau. Nulle part l'acide osmique ne décèle la présence d'éléments nerveux.

Sur les coupes qui intéressent à la fois la peau et les tissus sous-jacents, on voit que la zone superficielle, cutanée, est à peu près normale. La zone profonde est analogue, comme aspect, à celle décrite plus haut, et elle se continue avec la peau presque sans autre démarcation qu'une bordure inégale de vésicules adipeuses. Nulle part on ne constate l'aspect caractéristique des nerfs traités par l'acide osmique, mais on trouve dans chaque préparation quelques coupes transversales de faisceaux fibreux dont la délimitation est si nette qu'elle laisse supposer qu'on a sous les yeux la section d'un nerf dégénéré ou mieux atrophié, étouffé par le processus fibreux envahissant (Baraban).

Voici maintenant la suite de cette observation que j'ai eu occasion de prendre 23 années plus tard :

C..., alors âgé de 41 ans, entre à la Clinique ophtalmologique le 25 septembre 1905 et raconte que sa tumeur, restée stationnaire jusqu'il y a huit ans, a commencé à augmenter progressivement, jusqu'à acquérir, il y a 4 ans environ, le volume qu'elle présente actuellement.

L'état général du malade n'est pas très brillant; il se sent affaibli, mange peu et est incapable de fournir un effort un peu énergique ou un peu soutenu. Le teint est pâle, presque cireux, les muqueuses sont décolorées.

Localement, la lésion présente les particularités suivantes : elle a la forme d'une énorme tuméfaction qui recouvre toute la région temporale droite et dont les limites sont : vers la partie supérieure du crâne, la ligne médiane du cuir chevelu; en arrière, la région pariétale jusque près de l'occiput, descendant à 2 centimètres environ derrière l'oreille, tandis qu'en avant de celle-ci, la tumeur descend au-devant de l'oreille, jusqu'à 2 ou 3 centimètres du bord libre de la mâchoire inférieure; en avant et en bas, toute la joue est envahie, jusque tout près de la commissure des lèvres, laissant libre seulement une petite partie large de 2 centimètres environ, située entre le nez et la tumeur, mais les deux paupières sont extrêmement gonflées et comme hypertrophiées, présentant toutes deux le volume de petites mandarines et se confondant vers leur

partie externe avec le restant de la tumeur; c'est dire aussi que les paupières sont complètement immobiles, qu'elles recouvrent totalement le globe de l'œil, et qu'il est même impossible de les écarter pour apercevoir le globe.

La peau de toute la tuméfaction non recouverte de cheveux est légèrement ridée, avec quelques veines épaisses parcourant sa surface; mais ce qui frappe surtout, c'est la sensation de nœuds que donne la tumeur; celle-ci est partout molle, flasque, non douloureuse; mais on sent dans son épaisseur des sortes de nodosités qu'on a comparées à des paquets de vers, lesquelles seraient dues, dit-on, à des filets nerveux hypertrophiés, mais qui, en tout cas, ne sont pas sensibles à la pression.

Du reste, nulle part le toucher ne provoque de douleur ou de sensibilité exagérée, sauf, cependant, vers la partie supérieure de la région temporale; à la jonction de celle-ci et de la région fronto-pariétale, la pression profonde avec le doigt fait jeter un cri au malade; là aussi, on sent profondément une sorte de dépression comme si les os du crâne étaient usés et perforés. Outre cela, le malade se plaint de douleurs spontanées, sourdes, assez vives, de maux de tête généralisés, quoique plus intenses à droite; même sensibilité un peu plus en arrière, à la limite de la région pariéto-occipitale, mais pas de sensation de dépression crânienne.

La pression du doigt ne laisse nulle part de marque d'œdème; dans son ensemble, la tumeur est molle, flasque, assez mobile, comme une masse gélatineuse un peu consistante. A cause de la fermeture hermétique des paupières, il n'a été possible, à aucun moment, d'examiner l'état de l'œil; entre les deux paupières adossées, il existait un peu de rougeur des téguments avec légère sécrétion muco-purulente.

On posa, à ce moment, le diagnostic de névrome plexiforme, en raison des caractères précités de la tumeur.

Le malade était entré à l'hôpital avec l'idée qu'on allait pouvoir le débarrasser d'une bonne partie de sa tumeur; mais en raison de la grande étendue de celle-ci et de ses connexions avec les organes profonds, os, muscles, etc., il paraît difficile d'intervenir efficacement dans le sens désiré par l'intéressé. On se borna, pour le moment, à calmer par des injections de morphine, les douleurs spontanées profondes assez vives dont le malade se plaignait dans la tête.

L'état général s'affaiblissant, je me décidai à exciser, dans la région temporale, un lambeau ovalaire de 10 centimètres de long horizontalement sur 8 centimètres de hauteur. La peau incisée, il s'écoula de suite beaucoup de sang en nappe; deux artères fournissant des jets assez intenses, purent être pincées, mais non ligaturées à cause de la friabilité des tissus. Les pinces furent laissées en place, et une compression assez vigoureuse fut exercée sur la plaie à l'aide de couches de coton épaisses et maintenues par un grand nombre de tours de

bande. Mais pendant la nuit, ce pansement avait été transpercé par le suintement sanguin, à tel point que le malade en était véritablement inondé. Le pansement défait, on saupoudra la plaie d'antipyrine pour arrêter l'hémorragie en nappe. Le quatrième jour après l'opération, hémorragie plus intense encore que la première qui épuisa totalement le malade; de telle sorte qu'au quinzième jour, il

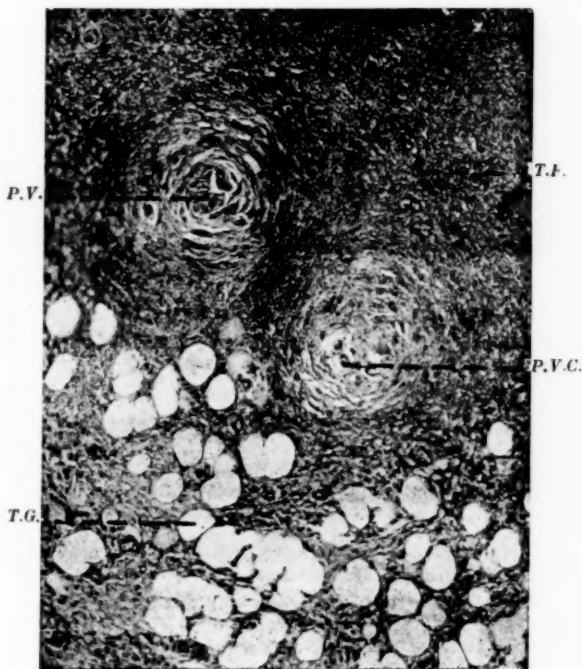


FIG. 1. — Formations concentriques avec petits vaisseaux au centre.

P. V., Petits vaisseaux. — T. G., Tissu graisseux envahi par le tissu fibromateux. — T. F., Tissu fibromateux en évolution. — P. V. C., Petits vaisseaux centraux.

succomba avec des phénomènes de septicémie et de broncho-pneumonie infectieuse.

L'autopsie révéla ces lésions disséminées dans toute la hauteur des deux poumons. Rien de particulier aux autres organes thoraciques et abdominaux.

Du côté de la tête, après incision du cuir chevelu et rabattement des lambeaux, on constata que l'os frontal était criblé de petits ori-

fices et présentait l'aspect en écumoire dans toute sa hauteur sur une ligne allant du bregma à l'angle externe de l'orbite. Ces petits orifices sont disposés par flots ayant des dimensions d'une pièce de 50 centimes; la table externe seule est perforée. La suture fronto-pariétale droite est élargie. Il existe une sorte de fontanelle de la largeur d'un doigt entre les deux os sur l'étendue allant du stéphanion au ptérion. La partie la plus externe de la voûte orbitaire du frontal



FIG. 2. — Coupe transversale d'un nerf dont le névrilemme est épaissi par le processus fibromateux, et dont les tubes de myéline sont gonflés.

T. F., Tissu fibromateux en évolution. — M. G., Myéline gonflée. — T. N., Partie de nerf où les tubes nerveux sont peu altérés. — N. F., Névrilemme fibromateux. — P. N., Petit nerf peu altéré. — Ar., Artère.

qui forme une partie de la paroi externe de l'orbite est le siège d'une érosion paraissant très ancienne et ayant les dimensions d'une pièce de deux francs. Après avoir scié la calotte crânienne, on examina sa face profonde; nulle part il n'existait de perforation complète, la table interne était partout intact. Du côté du cerveau et de ses enveloppes, légère hypérémie sur la pie-mère: pas de trace de suppuration, ni d'exsudat soit sous les méninges, soit dans les ventricules.

L'anatomie microscopique a été faite au laboratoire et sous la direction de M. le professeur Hoche, par une de nos élèves, Mme Rabi-

novici qui en a fait le sujet de sa thèse inaugurale (1) ; elle a pratiqué diverses coupes qui sont reproduites sur les figures ci-contre, après coloration par les méthodes ordinaires et par la méthode v. Gieson.

La peau est à peu près normale ; cependant, dans la couche sous-épidermique, on trouve un feutrage très dense de fibres conjonctives, dont la direction est parallèle à la surface de l'épiderme. Au voisinage des capillaires, et dans la couche des glandes et des follicules pileux,

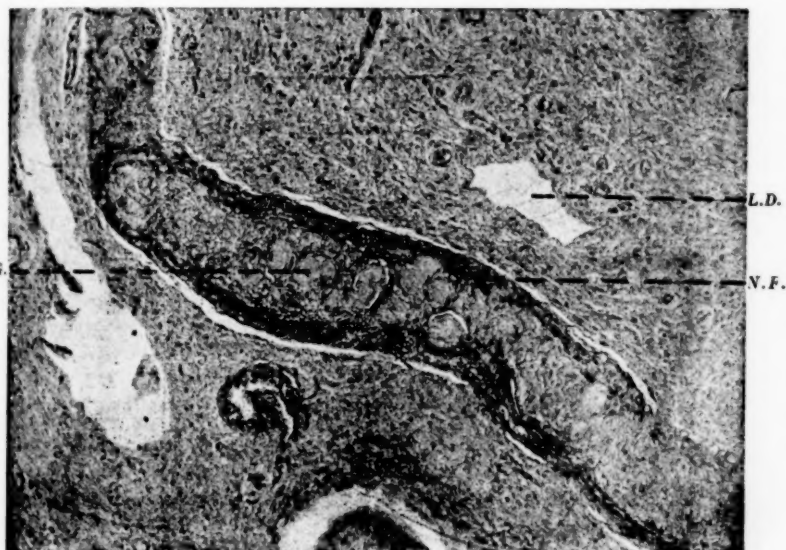


FIG. 3. — Coupe longitudinale d'un nerf ayant subi les mêmes altérations que figure 2.

M. G., Myéline gonflée. — L. D., Lymphatique dilaté. — N. F., Névilemme fibromateux.

on constate des foyers d'infiltration embryonnaire, des leucocytes et des cellules rondes. Même production abondante de tissu conjonctif lâche dans les couches moyenne et profonde du derme ; au voisinage des petits vaisseaux, les fibres forment des sortes de tourbillons irréguliers qui se rencontrent de place en place, mais sans être en rapports avec un organe quelconque. La couche profonde de la peau, très épaissie, est riche en vaisseaux lymphatiques et sanguins, et contient quelques petits nerfs dont nous parlerons plus bas. Les

(1) Mme RABINOVICI, *du Neuro-fibrome des paupières*. Thèse de Nancy, 6 avril 1911.

glandes sébacées et sudoripares sont normales ; il en est de même des follicules pileux. En somme, il existe une *fibromatose* diffuse très intense dans toutes les couches du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, avec foyers d'infiltration embryonnaire surtout abondante autour des vaisseaux de la couche superficielle du derme (fig. 1.)

Les lésions les plus intéressantes sont celles que l'on rencontre du côté des nerfs. A un stade peu avancé du processus, on voit le

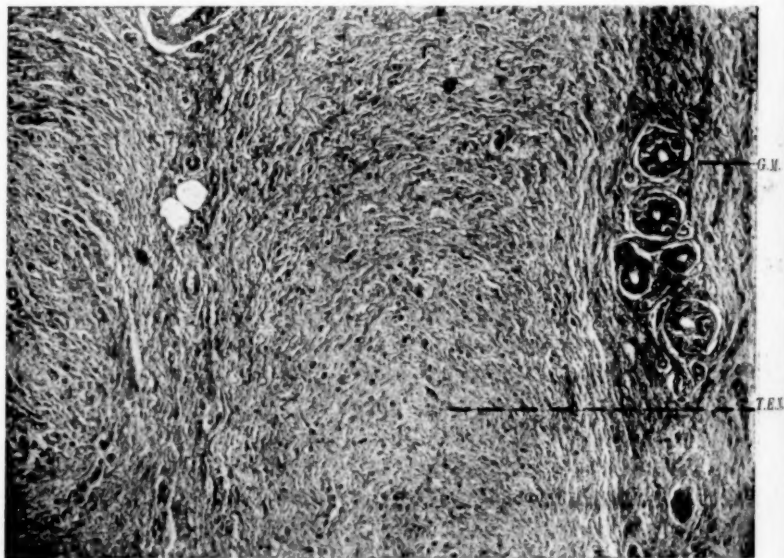


FIG. 4. — Coupe longitudinale d'un faisceau fibreux (nerf sclérosé).

G. M., Tube d'une glande de Meibomius. — T. F. N., Tissu fibromateux développé aux dépens d'un nerf.

tissu conjonctif de l'endonèvre rouge, coloré fortement par la fuchsine : le périnèvre est épaissi ; et sous ce périnèvre on voit plusieurs petits capillaires remplis de globules rouges ; entre les mailles du réseau fibreux, on voit quelques fibres nerveuses, caractérisées par la gaine myélinique jaune et le cylindraxe violacé.

Plus tard, les nerfs présentent un périnèvre épaissi (fig. 2 et 3), et constitué par des cellules conjonctives jeunes en évolution se fusionnant par place avec le tissu de sclérose ambiant. Dans l'intérieur du nerf, les fibroblastes évoluent de même façon. Les tubes nerveux peuvent être en partie conservés, en partie modifiés. Le cylindraxe peut être plus ou moins apparent ; la myéline, fortement

gonflée, est colorée en gris-rose, d'aspect fendillé et fissuré. Dans d'autres nerfs, les fibres nerveuses sont à peine apparentes, et le nerf n'est plus qu'un faisceau fibreux (fig. 4).

Ces coupes permettent de conclure que la tumeur s'est développée primitivement autour des nerfs, et que les formations concentriques qu'on voit sur les coupes sont très probablement des vestiges de petits cordons nerveux microscopiques. Les différents stades de dégénérescence des fibres nerveuses sont en tous points comparables à ceux que Cornil et Ranvier signalent dans les neuro-fibromes de la peau. Du reste, le regretté Baraban, dans l'examen qu'il avait fait, il y a 23 ans, de la même tumeur, avait déjà constaté, sur chaque préparation, « quelques coupes transversales de faisceaux fibreux dont la délimitation est si nette qu'elle laisse supposer qu'on a, sous les yeux, la section d'un nerf dégénéré ou mieux atrophié, étouffé par le processus fibreux envahissant ». Et il concluait à de l'*éléphantiasis fibromatoïde*.

Tels sont les résultats que nous ont donnés les recherches microscopiques pratiquées sur la tumeur excisée chez notre malade et qu'il faut qualifier de *neuro-fibrome*, lésion singulière et assez rare qui jusqu'alors, avait été confondue avec quelques autres, tels que le névrome plexiforme, l'éléphantiasis congénital névromatoïde et fibromatoïde, le molluscum fibrosum et quelques autres encore. Il n'en reste pas moins acquis que la lésion anatomique caractéristique avait déjà été signalée par Virchow (1) en 1865, sous le nom de *faux neurome*; par Marchand (2) en 1877 qui décrit le fibrome cylindrique des gaines nerveuses; par Recklinghausen (3) en 1882, qui démontre que les multiples fibromes cutanés, l'éléphantiasis en sac (l'appen-éléphantiasis), le névrome plexiforme dérivent tous de l'endo et du périnèvre; pour ce dernier auteur, le tissu conjonctif des gaines nerveuses ayant bourgeonné, repousse les gaines nerveuses vers la périphérie; puis les fibres nerveuses se transforment, en perdant leur myéline et en se confondant avec le tissu conjonctif environnant; les annexes des téguments seraient pris secondairement.

(1) *Pathologie des tumeurs*, t. I (trad. franç.), 1866.

(2) *Das plexiforme Neurom*, *Arch. f. path. Anat.*, t. LXX, p. 36.

(3) *Festschrift f. Virchow*, Berlin, 1882.

Pour Cornil et Ranvier (1), le mécanisme de la constitution d'un neuro-fibrome passerait d'abord par une phase de *régression ou de prolifération*, phase caractérisée par une décoloration de la myéline, avec perte de la différenciation d'un segment, augmentation des noyaux, puis division de cette bande protoplasmique en cellules qui se multiplient à leur tour ; puis, survient la phase de *transformation*. Le protoplasma des jeunes cellules a perdu ses réactions caractéristiques ; on ne trouve dans le tissu fibroïde que des fibres nerveuses rares, des cellules fusiformes ; finalement, c'est la transformation fibreuse complète.

Enfin P. Marie (1) à son tour a décrit deux sortes de tumeurs cutanées : les unes, fibromes intradermiques encapsulés, ont pour point de départ l'endo et le périnèvre ; la signature de cette origine est la capsule conservée ; les autres, qui sont des fibromes intradermiques diffus, seraient d'origine périglandulaire.

D'autres auteurs (Lahmann, H. Fagge) avaient aussi attribué aux follicules pilo-sébacés le point de départ des fibromes diffus, tandis que d'autres encore (Kriege, Unna, Jordan) les faisaient partir des gaines vasculaires.

L'observation de notre cas montre nettement que ce sont bien les gaines nerveuses qui sont le point de départ de la néoformation ; c'est aussi ce qu'avait déjà pressenti Baraban en 1882, quand il disait, à propos de recherches faites à ce moment sur un fragment de tumeur provenant de notre malade, opéré à ce moment par M. le professeur Gross, qu'on trouve, dans chaque préparation, quelques coupes transversales de faisceaux fibreux dont la délimitation est si nette qu'elle laisse supposer qu'on a sous les yeux la section d'un nerf dégénéré ou mieux atrophié, étouffé par le processus fibreux envahissant.

Je n'insiste pas sur la symptomatologie du neuro-fibrome diffus des paupières dont la description ressort suffisamment de la lecture de mon observation ; sans doute il serait intéressant de faire la distinction avec toutes les tumeurs similaires qui peuvent apparaître dans la région palpébro-temporale, telles que les

(1) *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1900, p. 26.

(2) *Manuel d'histologie pathologique*, 1907.

lipomes congénitaux ou acquis, le fibrome plexiforme, l'éléphantiasis acquis, le névrome plexiforme, le neuro-fibrome cutané, le molluscum fibrosum, l'hémihypertrophie congénitale de la face, le lymphangiome congénital, voire même le lymphangiome caverneux, ou encore le sarcome (1). Toutes ces lésions ont été mentionnées dans le travail de Mme Rabinovici, et leurs différenciations suffisamment indiquées, pour qu'il me soit permis d'y renvoyer le lecteur, afin de ne pas dépasser les bornes raisonnables de cet article.

Il serait certainement très intéressant de pouvoir élucider la pathogénie du neuro-fibrome, mais jusqu'alors, rien de précis n'est sorti des faits observés ; il est toutefois intéressant de noter : 1° qu'il s'agit d'une lésion fatalement progressive, qui met longtemps, très longtemps même à se développer (30 à 40 ans dans notre cas) ; que rien n'arrête, ni les traitements médicaux (électricité ou autre), ni les ablations chirurgicales ; 2° les lésions osseuses concomitantes, survenues spontanément, et constatées dans plusieurs cas, paraissent bien être de nature trophique ; il en serait de même de la lésion superficielle de la peau et du tissu cellulaire ; mais si ce point ne paraît presque pas douteux, il n'en est pas de même de sa cause intime, profonde ; celle-ci, pour le moment, nous échappe encore, et il ne paraît pas qu'elle puisse, ni qu'elle doive être élucidée de sitôt. Beaucoup de faits seront encore nécessaires pour éclaircir cette question.

IRIDO-CHOROÏDITE CONSÉCUTIVE A LA GASTRO-ENTÉRITE DES JEUNES ENFANTS

Par le docteur **H. VILLARD** (de Montpellier).

Les deux cas que je désire rapporter ne sortent pas de la banalité courante de la clinique journalière, si l'on ne tient compte que de leur symptomatologie ou de leur évolution ; mais,

(1) F. TERRIEN. Sarcome éléphantiasique de la paupière supérieure. *Soc. d'ophl. de Paris*, 5 avril 1910.

par contre, ils m'ont paru particulièrement intéressants et, par là même, dignes d'être signalés, si l'on considère leur étiologie et leur pathogénie. Il s'agit, en effet, de deux observations d'une maladie qui, en somme, n'est pas très rare, une irido-choroïdite plastique, dont la marche n'a présenté aucune anomalie méritant d'être rapportée, mais dont tout l'intérêt consiste en ce fait qu'elle est survenue dans le cours d'une gastro-entérite excessivement grave dont furent atteints deux jeunes enfants, l'un de quatre mois et l'autre de trois ans. Or, c'est là pour une irido-choroïdite une étiologie tellement curieuse et tellement exceptionnelle qu'on ne la trouve mentionnée nulle part. Il semblerait donc, si l'on s'en tient aux renseignements contenus dans les traités classiques, même les plus récents et les plus complets, que la gastro-entérite de l'enfance ne peut, dans aucun cas, provoquer une inflammation du tractus uvéal. Mais ce n'est là qu'une apparence, et mes deux observations sont la preuve irréfutable qu'il n'en est rien, et que, à la liste déjà connue des diverses affections susceptibles de provoquer l'apparition d'une iritis, d'une cyclite ou d'une choroïdite, il faudra, désormais, ajouter une unité nouvelle, la gastro-entérite des jeunes enfants. A ce titre, les deux cas dont je vais maintenant donner connaissance, m'ont paru doués d'un intérêt suffisant pour mériter d'être signalés et même d'être relatés en détail.

OBSERVATION I. — La jeune Élise M..., âgée de 3 ans, de Sommières (Gard), m'est adressée le 25 novembre 1907, par mon excellent ami le docteur Paulet. Cette fillette, née de parents bien portants, a été nourrie au sein jusqu'à l'âge de 14 mois, et pendant les deux premières années de sa vie, elle a joui d'une santé parfaite. Il y a huit mois environ, elle a été atteinte d'une rougeole, d'allure assez sévère, qui a guéri sans complications, mais qui a été suivie d'une gastro-entérite apparue environ un mois après la terminaison de la fièvre éruptive. Cette gastro-entérite a eu une marche excessivement grave, tellement même que pendant une huitaine de jours l'enfant fut véritablement à l'agonie, et que l'on s'attendait à sa mort d'un instant à l'autre. A la période la plus critique de la maladie, les parents s'aperçurent que l'œil gauche était rouge et que les paupières paraissaient très légèrement gonflées; mais, préoccupés beaucoup plus par l'état général de leur petite malade que par son état oculaire, ils n'attachèrent pas une bien grande importance à ce qu'ils considéraient comme un simple accident banal et dénué de toute gravité. Durant

tout le cours de la convalescence, l'œil gauche resta encore un peu rouge, larmoyant et légèrement photophobe, puis, au bout de quelques semaines, tout parut rentrer dans l'ordre. Les parents avaient complètement perdu le souvenir de cette complication oculaire qui n'avait pas fait sur eux une bien grande impression, lorsque, tout à fait par hasard, ils se sont aperçus, hier, que leur fillette présentait une « tache » dans l'œil gauche. Vivement impressionnés par la découverte de cette affection, qu'ils avaient méconnue jusque-là, ils se sont empressés de conduire leur enfant chez leur médecin habituel, le docteur Paulet, qui me l'adresse aussitôt.

À l'examen direct, je note l'existence d'une irido-choroïdite de l'œil gauche, déjà ancienne, caractérisée par une décoloration du stroma irien, par de nombreuses adhérences irido-capsulaires et par un exsudat qui occupe et obstrue à peu près tout le champ pupillaire; en outre, l'iris bombe en avant, ce qui réduit dans de très grandes proportions les dimensions de la chambre antérieure. Le fond de l'œil est très vaguement éclairable, mais la transparence des milieux est trop faible pour que l'on puisse procéder à un examen profitable des membranes profondes, dont l'aspect rappelle vaguement celui des pseudo-gliomes. Il n'existe aucun signe de réaction oculaire récente, et on ne perçoit plus trace de congestion périkeratique. Quant à la vision, elle est absolument nulle. La pression du globe ne paraît pas douloureuse et sa tension n'est ni élevée, ni abaissée.

L'œil droit est normal à tous les points de vue.

Comme traitement, j'ordonne des frictions sur le front et les tempes avec de l'onguent napolitain, des applications révulsives au niveau de l'apophyse mastoïde gauche avec de la teinture d'iode, et enfin, j'insiste sur la nécessité de faire de l'antisepsie et de la révulsion du côté de l'intestin et du foie, à l'aide du calomel à faible dose (5 centigrammes par jour pendant quelques jours). Localement, je fais appliquer une pommade à l'atropine.

Le 9 décembre 1907 je revois la jeune Élise M...; son œil gauche se trouve dans un état identique à celui que j'avais constaté le 25 novembre. L'atropine n'a provoqué aucune dilatation pupillaire. Je fais continuer le traitement précédemment institué auquel j'ajoute une potion à l'iodeure de potassium.

Le 12 mai 1908, les parents me conduisent à nouveau leur enfant, parce qu'elle est atteinte depuis quelques jours d'une légère inflammation du bord de la paupière supérieure gauche; mais il ne s'agit là que d'une blépharite légère et banale qui cède rapidement à quelques lavages aseptiques et à l'application d'un peu de pommade au précipité jaune. L'œil, lui-même, est toujours dans le même état. La chambre antérieure est très peu profonde, la pupille est obstruée par de nombreuses synéchies; mais, en arrière de ces exsudats, il est manifeste que le cristallin est en voie d'opacification. La tension est toujours normale et l'œil ne présente aucun signe d'atrophie.

Le dernier examen auquel j'ai procédé remonte au 20 septembre 1910, c'est-à-dire environ trois ans après l'apparition des accidents qui ont entraîné la perte de l'œil gauche. Cet œil est, peut-être, un peu plus petit que l'œil droit, mais cette atrophie est excessivement minime et à peine appréciable. La chambre antérieure a maintenant sa profondeur normale. Les adhérences irido-capsulaires se sont résorbées en majeure partie et sont beaucoup moins nombreuses qu'autrefois. Le champ pupillaire est occupé par une cataracte d'un blanc nacré absolu. La vision est toujours nulle. La pupille est insensible à la lumière mais se contracte faiblement sous l'influence d'un faisceau lumineux projeté sur l'œil congénère. L'œil gauche n'est pas douloureux à la pression et possède une tension peut-être un peu diminuée, mais très voisine de la normale.

L'œil droit reste toujours normal à tous les points de vue.

OBSERVATION II. — Le 27 novembre 1907, mon excellent confrère, le docteur Laurent, de Saint-Laurent d'Aigouze (Gard), m'adresse une de ses clientes, la jeune Fernande B..., âgée de quatre mois. Par une coïncidence assez curieuse, cette enfant, qui souffre d'une affection absolument identique à celle que j'ai décrite dans l'observation précédente, m'est conduite deux jours après cette première malade.

D'après les renseignements qui me sont fournis par le docteur Laurent, la jeune Fernande B..., bien que nourrie au sein, a été atteinte d'une gastro-entérite excessivement grave survenue à l'âge de deux mois. Environ quinze jours après le début de cette affection, alors que l'enfant était entre la vie et la mort, l'œil droit commença à rougir et à larmoyer, mais ici encore, tout comme pour la première de mes malades, l'entourage, hypnotisé en quelque sorte par la gravité de l'état général primant toutes ses préoccupations, n'attacha aucune importance à cette complication oculaire. Tout comme dans le premier cas, ce ne fut que lorsqu'il apparut une « tache » dans l'œil droit perçue par la famille depuis deux jours seulement, que l'on songea à consulter le docteur Laurent qui m'adressa immédiatement cette jeune malade.

À l'examen direct, je décelai, à l'œil droit, tous les signes d'une irido-choroïdite en voie d'extinction : très légère estompe péri-cornéenne, chambre antérieure presque nulle par projection de l'iris en avant, adhérences et exsudats pupillaires abondants, fond trop trouble pour pouvoir être examiné; vision paraissant nulle; tension normale ou, peut-être, très légèrement augmentée.

Comme traitement, je me contentai de prescrire de la pommade à l'atropine, du calomel à très faible dose répétée plusieurs jours consécutifs, et des badigeonnages avec la teinture d'iode au niveau de la mastoïde droite.

Le 11 décembre 1907, je note un sensible changement : la chambre antérieure est beaucoup plus profonde que lors de mon premier exa-

men, le champ pupillaire est plus libre: aussi peut-on percevoir à l'ophtalmoscope un exsudat qui occupe tout le fond du corps vitré et qui simule, grossièrement, une tumeur intra-oculaire. La vision paraît toujours nulle. La tension est nettement abaissée, et on note les signes non douteux d'un début d'atrophie de l'œil droit, qui est surtout manifeste quand l'enfant ferme les yeux pour dormir.

Le 13 mai 1908, la situation n'a pas sensiblement changé.

J'ai vu pour la dernière fois la jeune Fernande B... le 14 avril 1911, c'est-à-dire environ trois ans et demi après le début de l'affection qui lui a fait perdre l'œil droit. Cet œil est très légèrement atrophié, mais cette diminution de volume est excessivement légère et elle n'est appréciable que lorsqu'on compare l'œil droit à l'œil gauche sain. La pupille est resserée et obstruée par de nombreuses synéchies postérieures. Il existe une cataracte d'un blanc crayeux. La tension est peut-être un peu diminuée par rapport à celle de l'œil gauche. La vision est nulle. L'œil droit amaurotique est nettement placé en strabisme externe.

Ainsi qu'on avait pu s'en rendre compte, les deux observations, que je viens de rapporter, paraissent absolument calquées l'une sur l'autre, et elles se superposent, en quelque sorte, d'une façon parfaite. Dans les deux cas, en effet, il s'agit d'enfants très jeunes, ayant l'un 4 mois, et l'autre 3 ans, qui ont été atteints d'une gastro-entérite excessivement grave et qui les a mis à deux doigts de la mort. Dans le cours de cette affection gastro-intestinale, alors que la situation était la plus angoissante, sont survenus des troubles oculaires qui ont évolué sans grand tapage, et qui, pour cette raison, ont passé presque inaperçus du médecin et de l'entourage, préoccupés avant tout, et à juste titre, par la gravité particulièrement inquiétante de l'état général. Or, contre toute attente, cette gastro-entérite, à allure si impressionnante, a guéri, et c'est seulement quelque temps après que, tout à fait par hasard, les parents ont remarqué quelque chose d'anormal du côté des yeux. Consulté à ce moment-là, je n'ai pas eu de peine à diagnostiquer, chez mes deux jeunes malades, une irido-choroïdite plastique, déjà en voie d'extinction et qui, malgré tout ce que j'ai pu faire, a entraîné chez chacun d'eux la perte complète et définitive de la vision de l'œil atteint.

Ces deux observations, à symptomatologie si concordante, me paraissent intéressantes à deux points de vue: tout d'abord, en raison de leur rareté excessive qui en fait de véritables curio-

sités par leur côté étiologique, ensuite, en raison du problème pathogénique que soulève leur apparition.

Afin de me rendre compte si des cas de ce genre avaient été déjà publiés, je me suis livré à toute une série de recherches bibliographiques, longues et minutieuses. J'ai consulté, tout d'abord, la plupart des *Traité*s d'Ophthalmologie, depuis les plus anciens jusqu'aux plus récents; j'ai consulté, ensuite, les diverses Revues consacrées à notre spécialité, et je puis donner l'assurance que je n'ai trouvé, nulle part, mention d'une seule observation semblable à celles que je viens de communiquer. Dans le même but, j'ai dépouillé avec un soin très méticuleux le chapitre « gastro-entérite » des *Traité*s les plus modernes et les plus complets des maladies des enfants, et, ici encore, j'ai constaté que tous ces ouvrages, sans aucune exception, étaient muets sur les complications du genre de celles que j'ai en vue. L'insuccès de mes recherches bibliographiques m'autorise donc à dire que, très vraisemblablement, les deux cas que j'ai rapportés sont les deux seuls cas, sinon connus, tout au moins publiés, d'irido-choroïdite consécutive à la gastro-entérite des jeunes enfants.

Au point de vue de la pathogénie, il peut être intéressant de rechercher comment se sont produites ces complications oculaires. Mes deux malades ayant guéri, je n'ai pu me livrer à aucune recherche de laboratoire; aussi, en l'absence de tout examen microscopique ou bactériologique, suis-je obligé, sur ce point particulier, de me livrer à des hypothèses et de procéder par analogies.

Je ferai remarquer, tout d'abord, que, dans les deux cas que je viens de communiquer, l'inflammation du tractus uvéal est bien la conséquence directe de la gastro-entérite, et qu'elle n'est pas, comme cela se voit très souvent, sous la dépendance d'une infection secondaire qui aurait compliqué la maladie première. En effet, l'affection gastro-intestinale, qui a failli entraîner la mort de mes deux malades, a évolué avec une allure excessivement grave, mais elle a été franche et elle a finalement guéri sans aucune de ces séquelles qui prolongent la convalescence, telles que des furoncles, des abcès, ou tout autre accident tardif causé par un micro-organisme surajouté à l'agent microbien primitif.

Au point de vue du processus intime de cette infection oculaire, il ne me paraît pas que l'on puisse invoquer une embolie microbienne, dans le genre de celles qui se produisent dans certaines irido-choroïdites suppurées consécutives à une pyémie ou à une septicémie d'ordre chirurgical ou même médical. En effet, si tel était, dans ces deux cas, le mécanisme de l'infection du tractus uvéal, on se serait trouvé en présence d'une évolution autrement violente et tapageuse que celle qui a été notée. Il est même certain qu'il serait survenu une suppuration rapide de tout le contenu du globe oculaire, une panophtalmie avec sa symptomatologie bruyante et caractéristique qui ne peut pas être méconnue.

Ma conviction intime est que, dans le cas particulier, cette inflammation irido-choroïdienne a été déterminée par l'action phlogogène des toxines sécrétées par la flore microbienne si abondante et si variée que les bactériologistes modernes ont décelée dans l'intestin des enfants atteints de gastro-entérite aiguë. A mon avis, il est presque probable que le processus qui a abouti à la perte de l'œil était amicrobien, et qu'il s'est passé, du côté de cet organe, quelque chose d'analogue à ce que l'on observe dans les méningites qui compliquent trop fréquemment la gastro-entérite des jeunes enfants. On sait, en effet, que dans les cas de ce genre, la ponction lombaire a permis de retirer un liquide céphalo-rachidien qui est presque toujours dépourvu de micro-organismes. Je ne me fais pas d'illusions sur ce que présente de vague et d'incomplet cette conception pathogénique qui n'est étayée, en l'espèce, par aucune recherche de laboratoire; mais, après mûre réflexion, c'est encore celle qui m'a paru cadrer le mieux avec le mode d'apparition et l'évolution des symptômes qui ont été observés dans les deux cas que je viens de rapporter.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Société française d'ophtalmologie.

CONGRÈS DE MAI 1911.

Communications diverses.

M. FAGE (Amiens). — *Sur la dacryocystite des nouveau-nés* (sera publié).

M. F. OSTWALT (Paris). — *Le drainage à demeure des voies lacrymales.*

L'auteur présente au Congrès :

1° Sa sonde passe-drain ; 2° sa pince coudée à cuillers ; 3° son guide à poulie ; 4° son *speculum nasi* fixe ; 5° un drain souple, formé par un petit écheveau de fils d'Alsace.

Il expose en quelques mots la façon dont il procède pour introduire le drain souple dans le conduit naso-lacrymal et renvoie à son mémoire paru dans ces *Archives*, même année, p. 204, pour tous les détails de ce drainage à demeure à l'aide d'écheveaux de fils qui lui a donné d'excellents résultats dans des cas autrement incurables.

M. ARMAIGNAC. — *Opacité congénitale à peu près complète des deux cornées chez deux enfants d'une même famille.*

Après avoir esquissé à grands traits l'histoire de cette maladie qui, bien que très rare, est connue et décrite depuis plus de 150 ans, M. Armaignac rapporte un cas personnel qu'il a observé il y a une couple de mois et dans lequel il croit reconnaître un cas de kératite parenchymateuse intra-utérine.

Il s'agit d'une fillette qui est venue au monde avec une opacité à peu près complète des deux cornées et sans aucune malformation apparente des yeux, ni signes de syphilis constitutionnelle. Quatre ans auparavant était né un autre enfant présentant absolument le même aspect des yeux et qui était mort de cachexie au bout de quarante jours.

Une investigation complète des antécédents de famille n'a permis de retrouver chez les parents ou chez les ascendants de l'enfant aucune trace évidente de syphilis ; cependant, à l'époque où le père de la petite aveugle a été conçu, la mère de ce dernier menait une vie

très irrégulière. Son mari avait alors 62 ans et elle avait plusieurs amants dont un, malade et presque aveugle, qui pourrait fort bien, au dire de la famille, être le vrai grand-père de la fillette.

L'opacité des cornées de la jeune aveugle présente absolument l'aspect ordinaire de la kératite parenchymateuse spécifique au moment où celle-ci va devenir complète ou au moment où elle commence à régresser.

M. Armaignac pense qu'il s'agit chez sa petite malade d'une kératite parenchymateuse intra-utérine. L'hypothèse de cette affection est, en effet, tout aussi admissible que les autres manifestations de syphilis constitutionnelle qu'on observe si souvent chez le fœtus ou chez le jeune enfant au moment de la naissance ou un peu plus tard.

L'hypothèse d'un arrêt de développement embryologique, qui n'a pas permis à la cornée fœtale de devenir transparente à partir de la fin du troisième mois, comme cela a lieu d'habitude, peut également être admise en l'absence de signes de diathèse syphilitique bien confirmée, comme c'est le cas ici.

M. AUBARET (BORDEAUX). — *Emploi de la radiographie dans la sémiologie des voies lacrymales* (sera publié).

M. MOREAU (de Saint-Étienne). — *De l'extraction du cristallin dans sa capsule*.

Moreau, sur un total de 220 opérations de cataracte, effectuées dans ces 48 derniers mois, a pratiqué 33 fois l'extraction du cristallin dans sa capsule (major Smith).

Voici comme il procède : Incision cornéenne très large, le malade regardant en bas. La paupière supérieure est maintenue par un aide, au moyen d'un releveur des paupières. Jamais de blépharostat. L'incision cornéenne faite (exsangue), le malade est prié de regarder en haut, en même temps que l'aide, de l'index, maintient écartée la paupière inférieure.

Sans fixer le globe, avec la pointe d'un crochet à strabisme, il provoque la bascule, puis l'issue du cristallin. Durant toute l'intervention, la main gauche est armée d'une spatule.

Dès l'expulsion du cristallin, les paupières doivent être très rapidement fermées, car le moindre clignotement palpébral peut provoquer l'issue du vitré. Un aide expérimenté est nécessaire.

Cette description comprend les grandes lignes opératoires ; mais il ne faut pas oublier que cette intervention est faite de détails opératoires extrêmement importants.

Ce qui peut arriver et ce que l'on doit éviter. — On doit, pour obtenir une bascule facile du cristallin et pour ne pas appuyer intempestivement sur le globe et conséquemment sur le vitré, ne pas craindre d'inciser largement la cornée.

Si une perle de vitré apparaît au moment du glissement du cristallin, on peut la coiffer de l'iris au moyen de la spatule et continuer lentement l'expulsion cristallinienne sans irruption de vitré (4 cas).

Dans certains cas, il est nécessaire, par la pression du crochet à strabisme, de plicaturer la cornée par un sillon horizontal, permettant ainsi la sortie du cristallin en position horizontale.

Le moment « solennel » de l'intervention se présente quand le cristallin est aux quatre cinquièmes sorti. L'opérateur peut, à cette phase, provoquer l'issue de vitré absent jusque-là ou déterminer une effraction de la capsule. A cette même période, le prolapsus de l'iris, fréquent, doit être réduit avec d'infinies précaution.

Aspect ophtalmoscopique post-opératoire. — Au moyen de l'ophtalmoscope à réfraction on peut constater, selon les sujets :

1° La mobilité du bloc vitréen ;

2° Des rayures verticales de la face antérieure du vitré (analogies avec la kératite striée) ;

3° Des corps flottants situés dans les couches les plus antérieures du vitré, coïncidant ou non avec un disque fait de pointillés grisâtres, paraissant représenter une zone d'adossement du cristallin à l'hyaloïde ;

4° Des éraillures de la face postérieure de l'iris, se traduisant (un éclairage en pénombre est nécessaire pour les apercevoir) par des taches rose clair, tandis que la face antérieure de l'iris est normale. Il s'agit d'un essuyage du pigment par le cristallin.

Statistique. — Les 33 cas opérés se décomposent comme suit :

2	avec $V = 1$	3	avec $V = 1/6$
5	$V = 1/2$	2	$V = 1/8$
8	$V = 1/3$	3	$V = 1/10$
9	$V = 1/4$	1	$V = 1/20$

En somme, 24 ont eu une vision s'échelonnant de la normale à $1/4$; 9 ayant eu soit de l'issue de vitré, soit des enclavements iriens, ont eu une vision s'échelonnant de $1/6$ à $1/20$.

Conclusion. — L'opération est difficile ; un apprentissage est absolument conseillé par l'auteur. Elle nécessite une connaissance parfaite de nombre de détails opératoires dont on n'a pas à se préoccuper dans l'opération ancienne de Daviel.

L'auteur pratique toujours la méthode décrite, chez les malades ayant déjà un œil opéré par l'intervention classique.

M. VAN LINT (Bruxelles). — *Opération de la cataracte avec glissement de conjonctive.*

Le procédé opératoire proposé par l'auteur pour éviter la hernie de l'iris et l'infection de l'œil est le suivant :

Insensibiliser l'œil par des instillations de cocaïne. Instiller quelques gouttes d'adrénaline, afin que la dissection de la conjonctive ne provoque pas la moindre hémorragie. Fixer l'œil selon la méthode d'Angelucci ; la pince fixatrice saisit le muscle droit supérieur et relève ainsi la paupière supérieure. De la main droite, l'aide, placé derrière la tête du malade tient cette pince ; de la main gauche il abaisse légèrement la paupière inférieure.

L'opérateur se place à la droite du malade pour faire la dissection de la conjonctive. Au moyen d'une pince et de ciseaux mousses courbes il détache la conjonctive tout le long du limbe cornéen, dans sa moitié supérieure. Cette dissection s'arrête par conséquent vers le bas, au méridien horizontal de la cornée. Vers le haut il faut disséquer la conjonctive de la sclérotique sur une étendue de 8 à 10 millimètres, en allant comme limite supérieure jusqu'à la pince fixatrice qui tient le globe oculaire.

On place ensuite deux fils de soie, un de chaque côté de la cornée. Pour placer l'extrémité inférieure du fil, on introduit l'aiguille sous la conjonctive, au méridien horizontal de la cornée, près du limbe, pour traverser la conjonctive 2 millimètres plus bas. On introduit l'aiguille qui porte l'extrémité supérieure du fil sous le lambeau conjonctival détaché, à environ 10 millimètres du lieu d'introduction de l'extrémité inférieure du fil. En un mot, ces fils doivent être placés de telle sorte que lorsqu'on les serre, après l'extraction de la cataracte, le lambeau conjonctival détaché glisse au devant de la plaie cornéenne et vienne recouvrir la cornée dans son quart supérieur environ.

Lorsque l'opérateur a ainsi disséqué la conjonctive et placé les deux fils, il se place derrière la tête du malade, prend la pince fixatrice de la main gauche et le couteau à cataracte de la main droite quand il s'agit de l'œil droit du malade ; il prend la pince fixatrice de la main droite et le couteau de la main gauche quand il s'agit de l'œil gauche du malade.

L'aide abaisse avec le doigt la paupière inférieure. L'extraction de la cataracte se fait alors selon la méthode classique : grande section cornéenne au limbe, la section empiétant plutôt sur la cornée que sur la sclérotique, dissection, extraction du cristallin, réduction de l'iris à la spatule. L'opérateur enlève la pince fixatrice et l'aide écarte les paupières au moyen des doigts. On noue les deux fils ; les nœuds se placent des deux côtés de la cornée. La conjonctive recouvre le quart supérieur de la cornée. On coupe les fils tout près du nœud afin qu'ils ne viennent pas frotter contre la cornée. On instille une goutte d'ésérine huileuse.

On applique ensuite un pansement binoculaire, qu'on laisse en place pendant 48 heures. A ce moment la chambre antérieure est reformée et on instille une goutte d'atropine. On peut dès lors faire le pansement tous les jours, ne plus l'appliquer que sur l'œil opéré,

et instiller de l'atropine si on le juge nécessaire. Il ne faut pas s'inquiéter des fils; ils tombent vers le cinquième ou sixième jour. Quant à la conjonctive elle se rétracte petit à petit; parfois on constate qu'après 48 heures elle a déjà abandonné la cornée; d'autres fois elle recouvre encore légèrement la cornée jusqu'au 4^e ou 5^e jour.

MM. VACHER et DENIS (d'Orléans). — *Procédé pratique pour éviter dans l'opération de la cataracte la section de l'iris par le tranchant du couteau.*

Lorsque, pendant la section cornéenne, l'iris se présente sous le tranchant du couteau, il se produit une iridectomie irrégulière qu'il faut régulariser si le sphincter a été respecté. Il est donc utile de pouvoir éviter une iridectomie qu'on n'a pas prévue d'avance.

Dès que l'iris, projeté en avant par la sortie trop rapide de l'humeur aqueuse, se place sur le tranchant de la lame il faut retirer le couteau complètement de l'œil; introduire en sens inverse, par l'ouverture de contre-ponction, la petite spatule plate qui sert à étaler l'iris, la faire cheminer délicatement au devant de l'iris qu'elle refoule doucement, et la faire ressortir de l'œil par l'ouverture de ponction. Ensuite on réintroduit sur elle, par l'ouverture de ponction, le couteau qui se trouve guidé, jusqu'à sa sortie, par la contre-ponction, sans pouvoir léser l'iris dont il est séparé. A ce moment, la spatule qui traverse l'œil sert de véritable pince à fixation. Elle repousse l'œil en bas pendant que le couteau achève très facilement la section cornéenne ou le pont conjonctival, dont les avantages ne devraient plus être mis en discussion.

Cette spatule ne contusionne ni la cornée ni l'iris, et, lorsque le malade est indocile, je l'emploie de propos délibéré comme pince à fixation. A cet effet, je retire le couteau dès que la contre-ponction est suffisamment large, j'introduis à sa place la petite spatule et je termine la section cornéenne comme je viens de le dire. Ce procédé n'offre aucune difficulté et ses résultats sont excellents.

M. C. LAKAH (Paris). — *De certaines complications qui surviennent après l'opération de la cataracte par suite du défaut de rétablissement de la chambre antérieure et des moyens d'y remédier.*

Il arrive parfois qu'après l'opération de la cataracte, faite en apparence dans les meilleures conditions possibles, la chambre antérieure, les jours suivants ne se rétablit pas. Si cette situation se prolonge, au bout de 12 à 15 jours on voit parfois se former une petite tache blanchâtre en un point de la cornée plus ou moins rapprochée du centre pupillaire. Puis si le malade est abandonné à lui-même cette tache grandit, devenant de plus en plus opaque à son centre, demi-transparente sur ses bords. En s'étendant ainsi elle finit par empiéter sur

l'ouverture pupillaire et dans les cas extrêmes elle peut arriver à recouvrir presque toute l'ouverture pupillaire, compromettant ainsi le résultat définitif d'une opération qui tout d'abord présentait les plus grandes chances de succès.

Si l'on y regarde de près on constate que cette opacification limitée de la cornée qui commence par des couches profondes siège toujours au niveau d'une adhérence qui s'est établie entre la face postérieure de la cornée et la face antérieure de l'iris qui lui est restée accolée par le fait même de l'absence de chambre antérieure.

Cette adhérence, qui constitue une véritable synéchie antérieure, ne s'établit qu'en un point de contact très limité de l'iris et de la cornée. Le plus souvent ce point de contact siège sur le bord pupillaire de l'iris, de préférence au niveau même de l'angle du sphincter irien où a porté la section avec les ciseaux-pinces.

C'est au niveau de cette adhérence, de cette synéchie antérieure, toujours très minime, que l'infiltration cornéenne débute et il est fort possible, il est même probable, que c'est une altération des cellules épithéliales à ce niveau qui permet à l'humeur aqueuse de s'infiltrer dans les parties profondes de la cornée et d'en altérer la transparence.

Si une fois cette adhérence établie et la cornée commençant à se troubler on parvient par un moyen quelconque (instillations d'atropine, pointes de feu sur la plaie cornéenne) à rompre cette synéchie et à rétablir la chambre antérieure tout rentre dans l'ordre et la cornée reprend peu à peu sa transparence.

Mais parfois même quand la chambre antérieure a fini à la longue par se remplir, soit spontanément soit à la suite de l'application des pointes de feu au niveau de la plaie, l'adhérence irienne persiste. La tache cornéenne persiste également, causant un préjudice considérable à la vision.

Il n'existe plus désormais qu'un moyen de faire disparaître ce trouble cornéen. c'est de rompre artificiellement la synéchie. Pour cela on fera avec le couteau lancéolaire une incision sur la cornée au voisinage du point irien adhérent et glissant une spatule ou un fin crochet mousse entre l'iris et la cornée on rompra l'adhérence.

On sera surpris les jours suivants, alors même que ces lésions cornéennes persistent depuis déjà longtemps, de les voir manifestement rétrocéder et peu à peu la cornée reprendra sa transparence.

Quelle est la cause et l'origine de cette complication qui survient parfois à la suite des opérations les mieux exécutées et chez des sujets en apparence parfaitement sains.

On a invoqué les causes les plus diverses, mais nous croyons plutôt à une prédisposition spéciale du sujet qu'à un défaut de technique opératoire comme certains ophtalmologistes l'ont soutenu. Nous avons vu en effet à plusieurs reprises cet accident survenir sur les deux yeux chez le même sujet, bien qu'opéré par des chirurgiens

différents. D'autre part ce qui prouve bien que la vitalité de la cornée est ici en cause, c'est l'action nette et rapide des pointes de feu appliquées sur la cicatrice en voie de réparation.

Cette intervention est généralement souveraine et amène rapidement le rétablissement de la chambre antérieure. N'est-ce pas évident que les pointes de feu provoquent simplement une action stimulante sur la nutrition de la cornée. Quoi qu'il en soit, ce qu'il importe de retenir, c'est que lorsque à la suite d'une opération de cataracte, la chambre antérieure ne se rétablit pas, et qu'au bout de quelques jours on voit apparaître un trouble cornéen nettement circonscrit, qu'en y regardant de près on constate à ce niveau une fine synéchie antérieure, il ne faut pas hésiter à appliquer une série de petites pointes de feu tout le long de la cicatrice qui tarde à se fermer. On instillera en même temps un collyre à l'atropine de façon à favoriser la rupture de cette adhérence. Sitôt la rupture produite et la chambre antérieure rétablie la cornée reprendra sa transparence.

Si malgré ce rétablissement l'adhérence persiste ainsi que le trouble cornéen qui en est la conséquence, on fera avec le couteau lancéolaire une ouverture dans la chambre antérieure à travers laquelle, glissant une spatule ou un crochet mousse, on rompra l'adhérence. Ces moyens simples permettront souvent de sauver des yeux sans cela fort compromis, car cette lésion cornéenne d'abord inaperçue a toujours de la tendance à s'étendre et peut arriver à recouvrir toute l'étendue de la pupille.

M. L. DUCLOS (Paris). — *Recherches sur l'état bactériologique de la conjonctive au cours de l'opération de la cataracte.*

Ces recherches font suite à un travail sur les panophtalmies post-opératoires publié en 1905 dans les *Annales d'oculistique*.

Leur but était de surprendre les infections de l'œil opéré et d'établir le rapport pouvant exister entre l'état bactérien du sac conjonctival et les phénomènes réactionnels ou inflammatoires susceptibles de se manifester les jours qui suivent l'opération de la cataracte. Les 90 observations ont été prises à la Fondation ophtalmologique Rothschild, sur les malades opérés par M. Trousseau.

La recherche de la flore microbienne dans ces cas a été faite avant l'opération, après le lavage préopératoire à la solution de cyanure de mercure à 0, 25 p. 1.000, puis 3 à 5 jours plus tard, à la levée du premier pansement. Les malades n'ont pas porté de pansement préopératoire, l'œil opéré a été recouvert du pansement occlusif.

Les ensemencements ont été faits sur bouillon, gélose ou sérum, sur gélose au sang, sur gélose anaérobie glucosée.

Les conclusions de ce travail sont les suivantes :

1° Dans tous les cas, la conjonctive était ensemencée de staphylocoques blancs. Cela n'a pas empêché la cicatrisation opératoire de

s'effectuer, bien qu'on ait constaté une augmentation considérable du nombre des germes après l'opération et que, dans 14 cas, le pansement ait été souillé de mucosités purulentes. Sauf un cas, il a toujours été constaté sur la conjonctive la présence du bacille massué, 10 fois les staphylocoques blancs et bacilles massués étaient accompagnés de staphylocoques dorés, 9 fois de diplobacilles de Morax, 3 fois de pneumocoques de Talamon Frænkel, 1 fois du bacille de Pfeiffer.

2° Le lavage antiseptique, s'il n'amène pas l'asepsie, semble dans un tiers des cas nuire à la flore microbienne du sac conjonctival.

3° Dans les cas d'infection légère de l'œil opéré, le sac conjonctival ne contenait que les hôtes habituels: staphylocoques blancs et bacille massué, accompagnés dans deux cas de staphylocoques dorés.

Le diplobacille de Morax ne semble avoir aucune influence sur les suites infectieuses.

4° Il y eut deux observations avec infection plus sérieuse: le sac conjonctival contenait du pneumocoque. Il y a donc lieu de considérer ce germe pathogène comme particulièrement dangereux, d'autant plus que dans notre travail de 1903, sur 9 cas de panophtalmie 7 étaient dus au pneumocoque, 2 au streptocoque.

5° Certaines conditions locales, hyperhémie, conjonctivite chronique, larmolement simple, paraissent favoriser l'infection, en dehors du mauvais état des voies lacrymales.

M. VILLARD (Montpellier). — *Irido-choroïdite consécutive à la gastro-entérite des jeunes enfants.* (Voy. ces Archives, même année, p. 461.)

M. JACQUEAU (de Lyon). — *Luxation spontanée dans la chambre antérieure des deux cristallins transparents.*

Un homme de 32 ans, myope et astigmatique depuis l'âge de 20 ans seulement, est atteint successivement à deux mois d'intervalle, et sans aucune cause déterminante immédiate, de la luxation complète de ses deux cristallins transparents dans la chambre antérieure. L'extraction de ceux-ci fut faite et le résultat pour l'un des yeux au moins fut excellent, l'autre ayant eu une violente poussée de glaucome hémorragique entre le jour de la luxation et celui de l'opération.

Trois ans auparavant, l'auteur avait constaté des deux côtés un très léger ballonnement de l'iris. Il conclut à une faiblesse congénitale de la zonule et assimile au mécanisme de production de la hernie celui de la luxation spontanée des cristallins. La lésion définitive se constitue dans l'un et l'autre cas lorsque les ligaments, naturellement trop faibles, sont arrivés par une distension progressive à la limite de leur résistance.

MM. BAILLIART et DEHENNE (Paris). — *Un cas de luxation congénitale familiale du cristallin.*

Il s'agit d'une famille où tous les descendants sans exception d'une arrière grand'mère elle-même atteinte, présentent tous des luxations congénitales des deux cristallins. Le sujet à l'occasion duquel les auteurs ont eu connaissance de cette anomalie héréditaire s'était présenté à eux pour une attaque de glaucome suraigu produite par la luxation cristallinienne. L'extraction du cristallin put heureusement être faite et fut suivie d'une guérison complète, avec bonne acuité visuelle, malgré une légère excavation papillaire.

La luxation congénitale familiale, dont il existe quelques cas déjà connus(1), est absolument distincte comme étiologie et pathogénie de la luxation isolée congénitale qui peut toujours être rapportée à une lésion inflammatoire survenue pendant la vie intra-utérine.

M. CHEVALLEREAU (Paris). — *Choroïdite exsudative disséminée d'origine génitale.*

L'auteur rapporte l'histoire de quatre malades dont trois ont été observés pendant de longues années et qui, entre autres phénomènes oculaires, ont présenté une choroïdite exsudative disséminée portant sur un seul œil et provoquée par des troubles de la menstruation. Les lésions ophtalmoscopiques et l'acuité visuelle ont subi des oscillations parallèles à celles de l'état général et l'étiologie ne semble pouvoir faire aucun doute.

Quant à la pathogénie de ces accidents, l'auteur, se basant sur diverses expériences montrant la toxicité des corps jaunes dans certaines circonstances, l'attribue à une véritable intoxication causée par le déversement brusque dans le torrent circulatoire des produits du corps jaune, dans un organisme non habitué ou peu résistant.

M. GONIN (Lausanne). — *Un procédé d'allongement musculaire pour la correction du strabisme.*

L'auteur, persuadé des inconvénients de la ténotomie, craignit que les différents procédés d'avancement préconisés par Landolt, allongement oblique, allongement en escalier, n'entraînaient des modifications dans le sens de traction du muscle ainsi allongé. Son procédé consiste à ne sectionner au ras de l'insertion que le quart supérieur et inférieur du tendon, et à prolonger chacune de ces deux incisions marginales par une incision longitudinale, de façon à ne sectionner la partie médiane du tendon qu'à plusieurs millimètres de son insertion. On se trouve ainsi avoir ménagé un lambeau rectangulaire adhérent

(1) F. TERRIEN et HUBERT. *Soc. d'Ophtalmo. de Paris*. Déc. 1906.

à la sclérotique et que l'on réunit par une suture aux deux chefs du tendon libéré. Cette opération qui est plus difficile à décrire qu'à exécuter, a pour seul inconvénient d'être plus longue que la ténotomie simple, mais elle offre beaucoup plus de garantie contre une exagération tardive de l'effet recherché. L'auteur l'a pratiquée dans des cas de strabisme concomitant aussi bien que de strabisme paralytique.

M. CH. LAFON (Périgueux). — *Ophthalmie sympathique.*

Chez un homme de 52 ans, ayant une bonne santé générale, l'auteur a observé une ophtalmie sympathique à forme d'uvéite séreuse typique : iris obéissant mal à l'atropine, troubles du vitré, hyperémie papillaire, précipitation cornéenne et surtout douleurs ciliaires violentes. L'énucléation de l'œil sympathisant fut immédiatement suivie dans l'œil sympathisé par une augmentation considérable de la dilatation pupillaire et par la cessation des douleurs ciliaires qui ne reparurent plus ultérieurement malgré deux graves récidives. Ces deux phénomènes sont inexplicables par la théorie inflammatoire seule, et leur compréhension nécessite l'existence d'un autre facteur pathogénique.

Dans ce cas, l'uvéite sympathique a suivi sa marche accoutumée : évolution lente avec récidives et guérison avec retour complet de la vision.

Au point de vue du traitement, les injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure et d'eau salée ont paru n'avoir aucune efficacité.

M. TH. DOMEZ (Dijon). — *Quelques applications du stérésol en thérapeutique oculaire.*

Le stérésol est un vernis antiseptique à base d'alcool et d'acide phénique, dont l'emploi fut préconisé par le docteur Berlioz, de Grenoble, pour le traitement de certaines affections cutanées.

Son emploi dans le traitement des affections oculaires permet d'isoler la conjonctive bulbaire et la cornée de la conjonctive palpébrale et de mettre ces surfaces en contact prolongé avec un antiseptique puissant.

Le mode d'application est le suivant : Après avoir anesthésié l'œil à la cocaïne, retourné la paupière supérieure, on étale le stérésol en mince couche sur la conjonctive avec l'extrémité d'un stylet quelconque. Il ne faut laisser les paupières se fermer que lorsque la cuisson, assez vive pendant quelques secondes, a complètement disparu, c'est-à-dire pendant une ou deux minutes. Généralement l'opération faite dans ces conditions n'est pas ou est peu douloureuse.

Les principales indications du traitement par le stérésol sont les suivantes :

Dans la conjonctivite granuleuse, on remarque dès les premières applications une atténuation des symptômes aigus. Deux malades atteints de pannus granuleux traités sans succès par les méthodes ordinaires accusèrent tous deux, dès le début du traitement, une amélioration rapide de la vision qui se maintint par la suite. Dans tous les cas, ce traitement procure un soulagement immédiat au malade, atténue les symptômes aigus et donne des résultats supérieurs à ceux que l'on obtient avec les autres modes de traitement.

Dans le catarrhe printanier, si réfractaire à tous les autres modes de traitement, il suffit souvent d'un traitement de courte durée pour obtenir des améliorations qui ressemblent à des guérisons. Plusieurs observations de malades traités pendant plusieurs années permettent d'affirmer que cette amélioration persiste et que ce traitement accélère la guérison.

Enfin, dans les ulcères traumatiques de la cornée et surtout lorsqu'ils sont accompagnés d'infection cornéenne du début, l'action antiseptique puissante du stérécol arrête le processus inflammatoire et précipite la cicatrisation, et dans les ulcères très graves il est destiné à aider puissamment la guérison, employé concurremment avec les autres procédés de traitement.

M. BORSCH (Paris). — *La transplantation oculaire (partielle).*

L'auteur décrit un procédé de transplantation qui consiste à dégager la conjonctive de l'œil d'un chien sur une étendue de 5 millimètres du limbe et de faire la section totale de la cornée à 1 millimètre derrière le limbe dans la sclérotique. On conserve cette pièce dans du sérum sanguin quelques moments jusqu'à sa transplantation sur l'œil destiné à le recevoir et sur lequel on a fait l'ablation de la cornée leucomateuse correspondant en étendue à la grandeur de la pièce préparée. On insère la conjonctive au limbe tout autour de la cornée et on la dégage sur une étendue de 7 à 8 millimètres, de façon à ce que, lorsque la pièce préparée est suturée en place, la conjonctive de l'œil qui a reçu la greffe puisse la couvrir. On obtient ainsi deux larges surfaces dénudées de conjonctive appliquées l'une contre l'autre et maintenues en place par une suture en bourse.

La description théorique de ce procédé se comprend très bien mais il serait intéressant d'en voir les résultats pratiques. Il n'est guère vraisemblable qu'ils soient satisfaisants.

M. BETTREMIEUX (Roubaix). — *La sclérectomie dans l'irido-choroïdite. Mode d'action des incisions et des excisions sclérales péri-cornéennes.*

Dans quelques cas d'irido-choroïdite j'ai constaté l'efficacité de la sclérectomie.

L'ensemble des données cliniques, montre que la sclérectomie non perforante peut être utile d'une manière générale dans les cas où l'iridectomie rend quelquefois service. C'est la confirmation de cette idée, que l'iridectomie dans la plupart des cas, doit au moins, en grande partie, son efficacité à la modification de la paroi sclérale. La fistulisation de l'œil en admettant qu'elle soit réelle, ne peut expliquer le mode d'action des incisions sclérales et des excisions limitées à un simple amincissement; pour remplacer l'idée de cicatrice filtrante qui tend à être abandonnée, je crois rationnel d'admettre que ces opérations créent des travées de tissu conjonctif vascularisé, anastomosant les vaisseaux efférents du canal de Schlemm avec les vaisseaux conjonctivaux et sous-conjonctivaux.

La sclérectomie non perforante supprime les couches externes rigides de la sclérotique, considérées depuis longtemps comme un obstacle à la déplétion veineuse de l'œil, et les remplace par une nappe de tissu connectif jeune.

La thérapeutique des affections oculaires si nombreuses où la stase sanguine joue un rôle capital doit tendre à mettre en œuvre une opération inoffensive, ne laissant pas de traces et que par suite nous puissions faire accepter par les malades dès les premiers indices du trouble circulatoire. Dans cet ordre d'idées je ne crois pas que nous ayons, quant à présent, mieux que la sclérectomie simple péricornéenne non perforante.

Professeur WICHERKIEWICZ. — *Les kératites parenchymateuses syphilitiques traitées par le salvarsan.*

M. W. qui a expérimenté le nouveau remède d'Ehrlich depuis neuf mois, en ayant vu des effets parfois superbes, l'a essayé aussi dans les kératites interstitielles sans avoir tout de même obtenu des résultats aussi encourageants, quoique meilleurs que ceux de beaucoup d'autres cliniciens. Après avoir communiqué ses propres observations concernant 12 cas, il insiste sur ce fait qu'il ne partage pas l'avis de ceux de ses collègues qui prétendent que le salvarsan ne vaudrait rien dans lesdites kératites. Il est incontestable que le salvarsan supprime plus vite que tout autre remède dans les formes aiguës vasculaires le blépharospasme et la photophobie, diminuant en même temps considérablement une vascularisation trop marquée; 2° que l'opacité de la cornée disparaît très lentement et uniquement à la périphérie, tandis qu'elle se maintient dans le centre presque identique; 3° au bout d'un certain moment après l'application du salvarsan la kératite ne change presque pas d'aspect et une application nouvelle de ce remède ne donne plus d'effet semblable à la première. C'est alors qu'il faut avoir recours au traitement classique.

On se demande à juste titre pourquoi ce remède se montre si peu efficace dans le traitement des kératites alors qu'il se montre si actif dans les autres domaines de la syphilis du corps humain.

Igersheimer qui, expérimentant sur des lapins, a trouvé qu'une kératite syphilitique produite artificiellement guérit bien par le salvarsan, cherche la cause de la dite incongruence d'effet dans les propriétés des spirochètes qui auraient des conditions biologiques différentes dans la cornée du lapin et dans celle de l'homme. Ne partageant pas cette opinion, qui n'explique pas pourquoi ces spirochètes ne comportent pas de même dans les autres parties du corps humain qui sont bien susceptibles de l'application de salvarsan dans la syphilis héréditaire, comme l'oreille, le nez, etc., avec Treutel, Wicherikiewicz voit plutôt la cause de cette singulière manifestation dans le manque des vaisseaux et cette explication est basée sur ses propres observations.

M. TEULIÈRES (Bordeaux). — *Sur un cas de rétinite proliférante* (sera publié).

M. CHEVALIER (du Mans). — *Leuco-sarcome de la choroïde à cellules rondes.*

Observation détaillée, d'un cas de tumeur intra-oculaire observée chez une malade âgée de 63 ans. L'examen histologique a démontré qu'il s'agissait d'un leuco-sarcome à cellules rondes. L'auteur insiste sur la nécessité de faire un diagnostic précis dans la première période; le pronostic sera moins sombre car l'intervention hâtive est en faveur de la non-récidive de ces tumeurs; ce diagnostic peut être fait : a) par la constatation d'un double réseau vasculaire, l'inférieur de nouvelle formation, appartenant au néoplasme; b) par le siège anormal et persistant du décollement; c) par l'état de la tension de l'œil; d) par l'aspect de l'œil de chat amaurotique.

Prof. LAGRANGE (Bordeaux). — *Traitement du glaucome chronique.* (Voy. ces Archives, même année, p. 433).

M. ABADIE. — Je me suis toujours élevé contre la sclérectomie simple ou combinée à l'iridectomie, qu'on veut substituer à l'iridectomie.

Les discussions théoriques épuisées, je me suis tu, laissant la parole aux faits cliniques, qui eux se chargent de démontrer où est la vérité.

Eh bien ! ce que j'avais prévu est arrivé. La sclérectomie, surtout la sclérectomie simple, n'a pas donné les résultats attendus. Je dis plus, elle a occasionné quelquefois de véritables catastrophes. Ces faits malheureux doivent être signalés afin que la majorité des praticiens ne s'engage pas dans cette voie périlleuse.

J'avais prévu que la sclérectomie donnerait plus que des déboires, d'arce que j'estimais que cette opération est susceptible de transfor-

mer en glaucome malin, pernicieux, un glaucome qui ne l'était pas et qui aurait parfaitement guéri sans complications par une iridectomie simple et correcte.

Il faut bien savoir, en effet, que s'il est des glaucomes ayant en eux-mêmes un caractère de malignité propre, ils sont très rares. Le plus souvent, les glaucomes simples, vulgaires, deviennent malins, pernicieux, par l'effet de l'intervention chirurgicale elle-même, et des conditions dans lesquelles elle est exécutée.

Dans ma longue carrière, j'ai pratiqué un nombre considérable d'iridectomies dans toutes les formes de glaucome, et le plus souvent avec des succès éclatants.

Le très petit nombre de cas malheureux que j'ai eu à déplorer se divise en deux catégories. Les uns l'ont été réellement par eux-mêmes, ils avaient un caractère de malignité, que l'opération la plus correcte n'a pu conjurer. Les autres, c'est la majorité, le sont devenus par suite de fautes commises, soit par moi-même, soit par mes opérés.

Si on saisit l'iris à plusieurs reprises, si on le mâchonne avec les pinces, si on le tire trop hors de la plaie, et que ces divers incidents proviennent soit du manque de sang-froid et d'habileté de l'opérateur, soit de la défense inconsciente et désordonnée du malade, il peut en résulter des conséquences fâcheuses.

Les jours qui suivent les opérations faites dans ces conditions, la chambre antérieure se rétablit avec peine, le cristallin repoussé en avant tire la zonule, comprime l'iris contre la cornée, la maladie traîne en longueur et le résultat final est souvent déplorable, alors qu'une iridectomie simple et correcte eût amené la guérison complète en quelques jours.

Et c'est pour cela qu'il faut prendre des précautions à l'avenir, compter avec l'élément douleur, et, quand on craint la pusillanimité du malade et ses actions de défense, employer toujours le chloroforme. En outre, quand cela sera possible, on se servira de préférence du couteau lancéolaire afin que la chambre antérieure soit reformée le plus rapidement possible, et que le cristallin ne reste pas dans cette position dangereuse de propulsion en avant.

Or, aucune de ces conditions opératoires, si nécessaires pour la guérison d'un glaucome (quelle qu'en soit la forme) par l'iridectomie, n'est remplie quand on pratique la sclérectomie; c'est même le contraire qui a lieu.

L'opération est laborieuse et difficile, l'ouverture est large et béante, l'iris peut se présenter dans la plaie et il faut parfois ou le refouler ou l'exciser partiellement.

La chambre antérieure, largement ouverte, se reforme lentement; l'iris laissé en place est comprimé, repoussé en avant par le cristallin qui tire lui-même sur la zonule et va se mettre en contact avec la face postérieure de la cornée.

Dès lors, la maladie peut prendre une mauvaise tournure; un glaucome, qui présentait avant l'intervention, un caractère bénin, s'aggrave tout à coup, passe à l'état aigu, des douleurs violentes éclatent, et désormais la perte de l'œil est certaine, irrémédiable. Voilà ce que j'avais pressenti, ce que je craignais, et ce qui est arrivé.

Relisant dernièrement le *Traité de chirurgie oculaire* de de Wecker, dont le nom reste parmi les plus grands de l'ophtalmologie contemporaine, j'ai constaté que mon regretté maître avait eu sur ce sujet les mêmes idées, les mêmes pressentiments que moi.

Voici comment il s'exprime (1) :

« Ce qu'il faut regarder comme un accident redoutable c'est lorsque, dans certains cas de glaucome, l'on voit, immédiatement après l'excision de l'iris, une subluxation se produire, accident constituant une des principales causes de l'insuccès de l'opération. Loin de diminuer, la pression intra-oculaire peut alors s'accroître davantage après l'opération, en sorte que les malades qui n'avaient jusqu'ici que peu souffert, se trouvent pris de douleurs très violentes.

« Je fais abstraction des cas tout à fait désastreux où la subluxation s'est produite par suite d'une hémorragie intra-oculaire et dans lesquels il peut arriver que le cristallin soit chassé hors de la plaie étroite, quelques heures après avoir pratiqué l'iridectomie, en subissant une déformation dans sa capsule intacte, la sortie du cristallin étant alors suivie parfois d'une hémorragie qui inonde le lit du malade, accident qui réclame impérieusement l'usage de la compression et du froid et qui après sa disparition laisse un œil déformé par ectasie des parties avoisinant la plaie.

« Je veux seulement parler ici des très faibles subluxations que provoque la détente brusque de la pression, avec rupture de la zonule et dans la production desquelles un opérateur, même très exercé, peut parfois n'avoir pas été tout à fait étranger, de manière à créer ainsi soi-même une forme pernicieuse de glaucome. La production d'un pareil accident se révélera les jours suivants par l'absence complète de la chambre antérieure ainsi que par une déviation caractéristique de toute la pupille, tant naturelle qu'artificielle, vers la section périphérique pratiquée pour l'iridectomie. »

La gravité de ces complications, qui devaient se produire, et se sont produites à la suite de sclérectomie, ne prouve-t-elle pas, en outre, la fragilité, l'inanité de la théorie du glaucome par obstacle à la filtration des liquides intra-oculaire.

L'on fait aussi large, aussi permanente que possible, l'ouverture par laquelle ces liquides peuvent désormais s'écouler en toute liberté, et tout aussitôt, au lieu d'une détente, des accidents formidables éclatent et la tension intra-oculaire s'élève au lieu de baisser.

Ne sont-ce pas là des preuves péremptoires du peu de valeur de

(1) *Traité de chirurgie oculaire*, p. 152.

cette théorie du glaucome par gêne mécanique à la filtration des liquides intra-oculaire.

Ma conclusion est donc comme je l'ai toujours dit.

Gardons l'iridectomie comme opération de choix dans le glaucome, et appliquons-nous surtout à la faire aussi simple, aussi correcte que possible.

M. LAGRANGE. — Je me demande de quels faits cliniques veut parler M. Abadie, quand il avance qu'ils permettent de juger défavorablement la sclérectomie simple et la sclérecto-iridectomie.

J'ai publié personnellement un très grand nombre d'observations de sclérectomie simple et combinée, et dans tous ces travaux ainsi que dans ceux de nos élèves, M. Abadie ne trouvera que trois interventions suivies d'un mauvais résultat: une fois après la sclérectomie simple, il est survenu des hémorragies rétinienues; une autre fois après la sclérecto-iridectomie, il s'est produit une inhibition lente du champ visuel et une perte progressive de la vision en une année, enfin, dans un troisième cas de sclérectomie avec boutonnière périphérique, un glaucome suraigu a éclaté chez un sujet très nerveux, en imminence constante de glaucome aigu.

Est-ce qu'après l'iridectomie, que M. Abadie oppose avec tant d'ardeur à la sclérectomie, il n'y a jamais eu d'insuccès? Est-ce que chacun de nous ne connaît pas l'histoire lamentable de Javal, opéré, je suppose, par des oculistes d'une certaine compétence? Est-ce que chacun de nous n'a pas observé des insuccès, des inhibitions, des pertes subites de la vision centrale, des attaques de glaucome aigu après l'iridectomie? Quand le champ visuel avoisine le point de fixation, l'iridectomie est parfaitement dangereuse dans le glaucome simple, et, dans cette affection que je traite régulièrement depuis cinq ans par la sclérectomie, cette opération m'a donné des résultats infiniment supérieurs à ceux que me donnait autrefois l'iridectomie.

Sans hésiter, j'oppose ici ma pratique déjà longue à celle de M. Abadie, et je lui ferai modestement remarquer que tous les cas que j'ai publiés étaient au moment de leur publication vieux d'au moins une année; je n'ai pas, en agissant ainsi, imité l'exemple des défenseurs de la sympathectomie qui ont publié les succès quelques semaines après l'intervention, c'est-à-dire au moment où la résection du sympathique faisait encore sentir ses effets éphémères.

Quand j'ai jugé défavorablement la sympathectomie, je me suis appuyé sur des faits dont quelques-uns m'étaient personnels, ayant fait moi-même plusieurs fois la résection du ganglion cervical supérieur. Sur quels faits personnels s'appuie M. Abadie pour juger la sclérectomie simple ou combinée? et sur quels faits d'auteurs connus?

Si M. Abadie connaît d'autres insuccès que les trois faits que j'ai publiés, qu'il les produise ici, qu'il les fasse connaître, cela vaudra mieux que des allégations que, jusqu'à nouvel ordre, je considère comme creuses et sans portée.

En face des affirmations de M. Abadie, d'ailleurs, je place ici l'affirmation de M. Holth, de Christiania, qui a fait 104 fois la sclérectomie avec iridectomie périphérique, sans avoir jamais eu à s'en plaindre ; je place encore l'affirmation de Pagenstecher, qui déclare que cette opération est un grand progrès et que c'est là la méthode de choix dans la cure du glaucome chronique ; si bien que ceux qui m'écoutent sans parti pris sont placés entre deux opinions, celle de M. Abadie qui n'a jamais fait la sclérectomie, qui ignore tout de cette opération au point de vue pratique, qui se prononce à son sujet systématiquement et en observateur prévenu, et l'opinion de Holth, de Pagenstecher, de Fergus et de beaucoup d'autres, que je ne cite pas ici, qui ont adopté cette opération, qui en connaissent les particularités cliniques, qui la jugent d'après les résultats donnés par des centaines d'interventions.

Entre M. Abadie d'une part, qui n'apporte et que je mets au défi d'apporter aucun fait, et MM. Holth, Pagenstecher et moi-même qui en apportons des centaines, le lecteur choisira. Nous nous contentons ici de faire appel au bon sens de nos confrères.

Sur la valeur de la sclérectomie d'ailleurs, il n'y a pas que les documents auxquels je viens de faire allusion. M. Kalt vient de raconter à ce sujet une courte histoire singulièrement démonstrative et beaucoup qui sont dans cette enceinte pourraient apprendre à M. Abadie qui l'ignore ce que c'est que la sclérectomie et combien elle est innocente et incapable de transformer un glaucome chronique ordinaire en un glaucome malin.

Si je voulais m'étendre sur ce sujet, je démontrerais que la sclérectomie simple n'entraîne aucune irritation sur le tractus uvéal que l'opérateur ne touche pas ; si l'iris s'enclave, on a tout simplement réalisé l'irido-enkléisis recherché pendant longtemps par beaucoup d'opérateurs et qui ne s'accompagne pas de glaucome aigu. Cet enclavement, je ne l'ai observé que deux fois et il m'a été bien facile d'exciter l'iris prolabé, transformant ainsi la sclérectomie simple en sclérecto-iridectomie. Lorsqu'on fait la boutonnière irienne périphérique, le traumatisme irien est réduit au minimum ; il n'y a aucun tiraillement de l'iris, aucune fausse manœuvre, ce que dit M. Abadie à ce sujet est un pur roman, et enfin quand on fait la sclérectomie unie à l'iridectomie, on inflige à l'œil un traumatisme qui est exactement le même que celui de l'iridectomie, car la résection de la sclérotique, tissu immobilisé dans sa forme, presque sans vitalité, est aussi innocente que possible.

Après cela qu'il puisse survenir quelquefois des accidents chez un glaucomateux ainsi opéré, je ne le nie pas ; quelle est donc l'opération qui ne donne pas d'accidents ? Mais j'affirme, et j'apporte des chiffres, qu'ils sont beaucoup moins fréquents qu'après la simple iridectomie. J'affirme aussi que les résultats heureux sont infiniment plus durables et plus nombreux que par toute autre méthode, et

ce ne sont pas les arguments de M. Abadie, arguments artificiels, sans base scientifique, en désaccord flagrant avec ce que la physiologie enseigne, qui feront oublier aux cliniciens qui m'écoutent qu'on peut, par la sclérectomie, créer un angle de fistulisation permettant aux liquides intra-oculaires de s'échapper sous la conjonctive.

M. PARISOTTI (Rome). — *Recherches expérimentales sur la pathogénie du glaucome.*

La communication de l'auteur est destinée à faire connaître le moyen, par lequel il a réussi à produire chez le lapin la soudure de l'angle de la chambre antérieure et l'abolition des espaces de Fontana comme fait unique. C'est là la difficulté pour l'étude expérimentale de la pathogénie du glaucome, car ce qu'ont obtenu d'autres expérimentateurs par des moyens qui excitent en même temps un état inflammatoire, peut bien être un état glaucomateux ou même un glaucome secondaire, mais non un glaucome primitif pur.

Le moyen dont s'est servi l'auteur a été l'électrolyse. Pour aboutir avec une intensité de courant minime, Parisotti s'est servi de la pince à fixation comme réophore, faisant souder à son extrémité un serre-fils, qui était mis en communication avec un des pôles d'une batterie de Spammer. L'autre réophore est un manche en bois portant un serre-fils, recevant d'un côté l'extrémité du cordon en communication avec la batterie et, de l'autre, une aiguille des plus minces.

L'auteur présente les planches et les préparations microscopiques qui montrent du tissu conjonctif de nouvelle formation, qui soude l'iris à la cornée le long de l'angle de la chambre antérieure, et qui occupe le trajet parcouru par l'aiguille à la place des espaces de Fontana.

Sur le grand nombre de lapins sur lesquels Parisotti a fait ses expériences, il n'a pu réussir complètement que sur deux. L'œil d'un de ces lapins fut hypertonique, on y vit l'excavation du nerf optique, dont l'existence fut confirmée par l'examen histologique. L'œil de l'autre lapin n'avait rien de cela. Il était arrivé que chez ce lapin une des nombreuses ponctions avait pénétré profondément jusque dans la cavité oculaire et on avait vu le corps vitré jaillir par la petite ouverture. Cette fois-ci, l'aiguille était en communication avec le pôle positif de la batterie. A la place de cette piqûre s'était formée immédiatement une saillie, qui persista, coiffée par la conjonctive pendant les cinq ans que l'animal fut laissé vivant. L'examen microscopique a mis en évidence un trajet fistuleux allant de la cavité oculaire à la surface externe de la coque oculaire.

L'auteur se borne à faire connaître les faits et ne tire aucune conclusion. Le but de sa communication est seulement de faire connaître le procédé qui lui a permis de produire l'oblitération des espaces de Fontana et de l'angle irien en dehors de toute inter-

vention d'un autre processus pathologique quelconque, afin que ceux qui s'intéressent à la question de la pathogénie du glaucome puissent se servir de ce moyen d'expérimentation. Il lui semble devoir donner des résultats vraiment significatifs.

M. C. FROMAGET (Bordeaux). — *Myopie traumatique par avancement du cristallin.*

L'auteur vient d'observer deux cas de myopie traumatique dont il est possible d'expliquer la pathogénie par les modifications de l'appareil dioptrique de l'œil survenu dans des circonstances bien déterminées.

La première malade, après une contusion violente de l'œil par une mèche de fouet, présentait une légère iritis séreuse avec effacement complet de la chambre antérieure, le cristallin venant s'accoler derrière la cornée dont il n'est séparé que par l'iris et une légère couche d'humeur aqueuse. L'accommodation fut paralysée partiellement, puis en totalité. L'œil est très mou ($T = 4,5$). La myopie est de $-3,50$; avec un verre correcteur la vision est normale.

Pendant plus d'un an, l'état de l'œil est resté le même, l'hypotonie persiste et semble même aggravée ($T = 2$); le cristallin est toujours à la même place et la chambre antérieure absente; mais la myopie a disparu et est remplacée par une hypermétropie de $4,50$.

Dans ce cas, la myopie est due uniquement à l'avancement du cristallin vers la cornée. Il est tout d'abord utile de savoir quel est le degré de myopie que cet avancement peut déterminer dans un œil au repos? Des calculs précis nous ont montré que lorsque ce cristallin s'avance de 1, 2 ou 3 millimètres l'œil devient myope de 3 D, 3 D, 7, 4 D, 6. Si on admet que le second foyer principal postérieur est situé à 22 mm. 8, on obtient même pour 1, 2 ou 3 millimètres d'avancement: 4, 4,6, 5,50. Ces derniers chiffres nous semblent les meilleurs. Un très léger avancement du cristallin est donc capable de déterminer une myopie de 4 à 5 dioptries. Dans notre cas, où l'avancement était très prononcé, la myopie n'a pas dépassé $-3,50$; il faut tenir compte, en effet, de deux phénomènes qui viennent diminuer la myopie: c'est l'augmentation du rayon de courbure de la cornée et c'est aussi le raccourcissement du globe qui accompagne l'hypotonie. Il est inutile dans ce cas de faire intervenir l'accommodation qui était paralysée; l'avancement du cristallin suffit simplement à la production de la myopie constatée.

Comment s'est produit l'avancement du cristallin? Cette malade était atteinte d'une uvéite séreuse avec hypotonie très prononcée. Cette hypotonie, produite dans un œil sans aucune plaie pénétrante, résulte d'un trouble dans la sécrétion de l'humeur aqueuse qui a été très diminuée. Quand la quantité diminue, que la coque oculaire n'est pas assez remplie, la chambre antérieure s'efface et le cristallin

s'avance; ce sont des faits que la clinique nous montre chaque jour. Puis quand la sécrétion aqueuse redevient normale, la chambre antérieure se reforme, le cristallin recule à sa place normale et la myopie disparaît.

Dans notre cas l'hyposécrétion persiste depuis un an et la myopie est remplacée par l'hypermétropie; celle-ci s'explique par le raccourcissement de l'axe antéro-postérieur de l'œil hypotonie; cette ophtalmomalacie s'accompagne de diminution du volume du globe comme les glaucomes s'accompagnent d'augmentation.

La deuxième observation a trait à une plaie pénétrante du pôle postérieur de l'œil qui s'accompagna de suite d'hypotonie, d'effacement de la chambre antérieure, d'avancement du cristallin et d'une myopie de 4 dioptries. La diminution d'humeur aqueuse explique tous ces phénomènes provenant ici de la fistulisation de l'œil. Quand la plaie se cicatrisa, la chambre antérieure se reforma et à mesure que le cristallin recula vers sa place normale, on vit la myopie diminuer chaque jour pour faire place à l'emmétropie.

Dans ces deux cas, la myopie paraît bien due uniquement au rapprochement du dioptré cornéen et du dioptré cristallinien provoqué par la raréfaction de l'humeur aqueuse, par hyposécrétion dans le premier fait, par fistulisation temporaire dans le second.

M. BRUNETIÈRE (Bordeaux). — *Notes sur la technique de l'anesthésie locale dans l'énucléation.*

Pour pratiquer l'énucléation du globe oculaire, beaucoup d'oculistes ont encore recours de façon systématique à la narcose chloroformique, alors que l'anesthésie locale bien conduite suffit dans la majorité des cas. L'auteur préconise un mélange de cocaïne — eucaïne — adrénaline. Une série d'injections est faite avec cette solution, d'abord au niveau des insertions tendineuses des muscles droits, puis au pôle postérieur du globe. Afin d'obtenir une anesthésie suffisante, il faut attendre au moins dix minutes entre la première série d'injections et le moment où l'on peut commencer l'opération. Le temps délicat est celui des sections tendineuses: éviter de tirer les muscles et les saisir délicatement avec une pince. Avec une opération bien réglée la douleur doit être insignifiante. — Brunetière n'a jamais observé d'accidents et considère ce procédé d'anesthésie comme très recommandable.

[Nous croyons utile d'y ajouter l'injection au niveau du pôle postérieur, au moyen de la seringue d'Anel, l'injection d'un demi-centimètre cube d'un mélange de chlorhydrate de cocaïne, de morphine et de stovaine qui rend la section du nerf optique moins douloureuse (1)].

(1) F. TERRIEN, Indications et technique de l'énucléation avec anesthésie locale. *Archives d'Ophtalm.*, 1906, p. 84.

M. C. GOLESCIANO (Paris). — *La vision de l'enfant et les difficultés anormales dans le choix des lunettes.*

Deux chapitres distincts font l'objet de ce travail.

a) Les particularités dans la vision normale de l'enfant.

b) Les difficultés anormales dans le choix des lunettes.

Les recherches sur la vision normale portent sur 64 enfants dont 31 garçons et 32 filles groupés par âge de 6 à 16 ans.

L'examen fortuit d'une vision supposée normale ramène les faits à 4 groupes :

1° Groupe vision parfaite dans la vision mono ou binoculaire : $V = 1$ ou $V = 2/3$. La proportion est 50 p. 100.

2° Groupe vision monolatérale : $V = 1$ d'un œil, $V = 1/2$ ou $1/4$ de l'autre. Vision binoculaire bonne. La proportion de ces anisométropes est de $1/8$.

3° Groupe anisométrie caractérisée. Emmétropie d'un œil. Hypermétropie de l'autre. La proportion est de $1/8$.

4° Groupe amétropies ignorées. Hypermétropes : 5 astigmates hypermétropes, 5 astigmates hypermétropes conformes à la règle, 5 myopes ou astigmates myopiques.

L'ensemble des faits montre que l'OD est toujours meilleur, que l'amélioration de la vision en cas d'anisométrie ou amétropie n'est pas toujours pour l'œil moins amétrope.

Dans la deuxième partie du travail, les difficultés anormales dans le choix des lunettes, les observations sont basées sur une seconde série de 79 enfants, dont 32 garçons et 47 filles, ayant l'âge de 6, 7... et 15 ans. Les difficultés touchent 37 myopes ou astigmates myopiques, 33 hypermétropes ou astigmates hypermétropes. Dans ce travail M. Golesciano a écarté les troubles visuels par lésions acquises : taies, néphélions, lésions du fond de l'œil.

L'amblyopie, le strabisme, les troubles visuels des chlorotiques asthéniques, psychiques font l'objet de chapitres différents.

Pour l'auteur la division de l'amblyopie congénitale et celle de l'amblyopie par défaut d'usage demande à être élargie. L'interprétation de l'amblyopie incombe autant à l'état psychique qu'à la correction de l'amétropie. La question du strabisme vise le strabisme coexistant avec l'amblyopie, l'époque de la loucherie, la prédominance dans les variétés strabiques. Les difficultés dans le choix des lunettes varient selon qu'il s'agit d'un hypermétrope astigmatique ou myope.

La variabilité dans l'examen skiaskopique, celle qui se montre avec l'évolution de l'âge du sujet, les considérations des difficultés des troubles visuels temporaires chez les chlorotiques, asthéniques ne doivent pas être perdues de vue.

M. Golesciano ne cherche pas à faire valoir des chiffres, des particularités ou des variabilités de réfraction avec tel ou tel âge. C'est un travail d'ordre purement clinique que l'auteur se promet de poursuivre sans relâche.

MM. BONNEFON et LACOSTE (Bordeaux). — *A propos de la kératoplastie expérimentale.*

Au cours d'expériences infructueuses de kératoplastie par un procédé nouveau qu'ils décrivent, les auteurs observèrent régulièrement la chute du lambeau transplanté. Or, contrairement à ce qu'on pouvait penser, la portion de cornée qui avait été excisée jusqu'au voisinage de la membrane de Descemet pour recevoir le greffon, et désormais mise à nu, conservait sa transparence. Bien plus, cette surface dénivelée ne tardait pas à être progressivement comblée, de telle sorte qu'au bout d'un mois la cornée transparente dans toute son étendue ne laissait apercevoir que difficilement les traces du traumatisme. Des vérifications histologiques, ont engagé MM. Bonnefon et Lacoste à poursuivre des expériences systématiques de régénération de tissu cornéen. Ils ont opéré 30 lapins.

Dans 40 p. 100 des cas, il y a eu au bout d'un mois régénération à peu près complète avec conservation quasi intégrale de la transparence.

Dans 50 p. 400 des cas il y a eu au bout d'un mois régénération avec transparence partielle.

Dans 10 p. 400 des cas, il y a eu insuccès, la perte de substance ayant été comblée par un tissu de cicatrice opaque.

Ces résultats sont contrôlés par des examens histologiques portant sur des animaux respectivement sacrifiés au 5^e, 8^e, 11^e et 30^e jour après l'opération. Il ressort des examens microscopiques que la cornée est le siège d'une régénération progressive qui est à peu près complète au 30^e jour. La perte de substance est comblée par une prolifération du tissu propre et de l'épithélium de revêtement, les deux tissus gardant leur aspect normal dans les cas heureux. Au bout de un mois la cornée a presque repris son épaisseur normale.

Les auteurs se bornent à exposer leurs premiers résultats dans cette note préliminaire. Ils ont en réserve des animaux vivants opérés depuis 45, 50 et 60 jours chez lesquels la cornée s'est régénérée et a conservé sa transparence. La vérification histologique de ces cas plus anciens fera l'objet d'un mémoire actuellement en préparation.

M. DUPUY-DUTEMPS. — *Trajet des faisceaux direct et croisé dans le nerf optique* (présentation de préparations).

L'auteur présente les coupes des nerfs optiques d'un sujet chez lequel la bandelette droite avait été entièrement détruite par une tumeur de la base de l'encéphale.

On peut observer ainsi dans chacun des nerfs le siège et la forme des faisceaux direct et croisé, l'un étant dégénéré, l'autre conservé.

On constate, comme Jatzow l'a décrit le premier, que, du pôle postérieur de l'œil jusqu'à la sortie des vaisseaux centraux, le faisceau

direct est divisé en deux parties occupant l'une le segment supéro-externe, l'autre le segment inféro-interne de la coupe. Ces deux parties sont séparées par le faisceau croisé, qui forme au contraire un champ continu, s'étendant d'un bord à l'autre de la coupe; étranglé à sa partie centrale, sa forme est celle d'un sablier ou de deux V opposés par la pointe.

En arrière de la sortie des vaisseaux, les deux parties du faisceau direct se réunissent bientôt en dehors, enveloppant le faisceau croisé, celui-ci prend la forme d'un triangle tordu, dont le sommet supéro-externe est maintenant séparé en dehors de la périphérie par les fibres directes et dont la base s'étale largement au-dessous de la gaine piale à la périphérie interne du nerf.

Plus en arrière, au voisinage du trou optique, les fibres directes se tassent davantage en dehors, tandis que le faisceau croisé occupe sur la coupe l'aire inféro-interne.

Dans la partie intra-cranienne les deux faisceaux sont nettement l'un interne, l'autre externe.

Les observations semblables, permettant de préciser ce point spécial de l'anatomie du nerf optique, sont très rares. On ne connaît guère que les cas, publiés à l'étranger, de Jatzow, Herschen, Moeli, Dimmer. Le cas précédent diffère, par quelques détails dans la situation relative des faisceaux, du schéma adopté par Herschen. Il est donc probable qu'il existe des variations individuelles dont la fréquence et l'importance ne pourront être connues que grâce à de nouvelles et nombreuses observations.

M. F. CHAILLOUS (Nantes). — *Sur le dermo-épithéliome de Parinaud* (Présentation de préparations).

Il s'agit d'un cas de dermo-épithéliome chez un homme de 46 ans. Le néoplasme aurait débuté, à l'âge de 7 ans, à l'occasion d'un traumatisme. Il siégeait sur la conjonctive, à la partie interne de la cornée. Une année avant l'intervention s'était développé, par inoculation de voisinage, une tumeur de la paupière en rapport avec la tumeur primitive de la conjonctive.

La tumeur de la conjonctive présente à l'examen histologique les caractères du dermo-épithéliome décrit par Parinaud. La tumeur de la paupière est un épithéliome glandulaire développé surtout aux dépens des glandes de Meibomius.

L'auteur conclut qu'il ne faut pas considérer ces néoplasmes comme de nature bénigne, ainsi qu'on a tendance à le faire, et recommande l'intervention immédiate et large.

M. ELEUTHÉRIADÈS (Smyrne). — *La tarsoleptinsis combinée comme opération radicale de l'entropion trachomateux et du trichiasis* (sera publié).

M. ANTONELLI (Paris). — *Suite rare d'iritis syphilitique : la cécité acquise* (sera publié).

M. F. TERRIEN (Paris). — *Valeur du traumatisme dans la genèse de la kératite interstitielle* (sera publié).

M. PÉCHIN (Paris). — *Écriture penchée, écriture droite* (sera publié).

MM. AUBINEAU et CIVEL (Brest). — *Tumeur palpébrale et paralysie de la 6^e paire dans une maladie de Recklinghausen* (sera publié).

M. GABRIÉLIDÈS (Constantinople). — *Argyriasis de la peau et de la conjonctive oculaire ; étude histologique* (sera publié).

MM. MORAX, LINDNER et BOLLACK. — *Recherches expérimentales sur l'ophtalmie non gonococcique du nouveau-né dite à inclusions*.

La découverte par Prowazek et Halberstaedter d'inclusions épithéliales particulières dans les cas de trachome récent a engagé quelques observateurs à rechercher ces inclusions dans d'autres inflammations oculaires ou génitales. Stargardt, Schmeichler, puis Heymann les ont rencontrées dans l'épithélium conjonctival d'enfants nouveau-nés atteints de conjonctivites et les nouvelles recherches plus récentes de Prowazek et Halberstaedter, de Wolfrum et de Lindner ont établi que la forme bénigne de l'ophtalmie, qui n'est pas causée par le gonocoque et dont l'étiologie restait jusqu'ici imprécisée, est précisément celle dans la sécrétion de laquelle on rencontre ces inclusions épithéliales. Lindner démontra la transmissibilité au singe (cynocéphale) de l'inflammation conjonctivale et retrouva dans l'épithélium de l'œil inoculé les mêmes inclusions que dans l'épithélium du nouveau-né. Du 1^{er} janvier 1911 au 30 avril, nous avons observé dans le service d'ophtalmologie de Lariboisière 26 cas d'ophtalmie du nouveau-né dont 5 cas d'ophtalmie gonococcique. Sur 13 cas de conjonctivites non gonococciques que nous avons étudiés, 10 fois l'examen microscopique nous a fait constater les inclusions épithéliales caractéristiques en l'absence de tout microorganisme, de saprophytes, ou exceptionnellement de pneumocoques. L'inoculation a été faite dans 4 cas et a donné 3 fois un résultat positif. Dans 5 passages successifs par le singe, l'inflammation conjonctivale s'est reproduite avec une intensité variable mais contenait toujours des inclusions. Le développement des follicules dans la conjonctive inoculée n'a jamais été très

manifeste. En raison de la rareté du trachome à Paris et de l'identité que l'on a voulu établir entre cette affection et la conjonctivite du nouveau-né à inclusions, il était intéressant de rechercher si la fréquence était aussi grande qu'à Vienne et à Breslau.

M. MAWAS. — *La rétine ciliaire, son rôle dans la sécrétion de l'humeur aqueuse et la pathogénie des cataractes* (sera publié).

M. MAGITOT (Paris). — *Possibilité de maintenir à l'état de vie ralentie certaines parties de l'œil conservées en dehors de l'organisme.*

M. POLACK (Paris). — *Quelques considérations sur la physiologie de la peinture (projections).*

M. H. ARMAIGNAC (de Bordeaux). — *Un moyen simple pour faciliter le cathétérisme des voies lacrymales dans les cas de rétrécissement très prononcé.*

L'auteur commence sa communication en disant qu'il est fermement conservateur pour ce qui a trait aux voies lacrymales ; depuis plus de trente ans il n'a pas incisé un seul canalicule ni un seul point lacrymal, et il a toujours pu, dans un petit nombre de séances, parvenir à passer des sondes même assez grosses et guérir des larmolements, des dacryocystites et même des fistules lacrymales qui existaient depuis un grand nombre d'années.

M. Armaignac est partisan convaincu du cathétérisme ; il a fait construire une série de sondes comprenant 10 numéros au lieu de 6 que comporte la série de Bowmann, et ces sondes sont légèrement olivaires, ce qui rend le cathétérisme beaucoup plus doux qu'avec les sondes cylindriques et renseigne mieux sur la longueur des rétrécissements.

Jusqu'à ces derniers temps, M. Armaignac se bornait à lubrifier les sondes avec de l'huile d'olive, qui est le meilleur lubrifiant, mais, depuis quelques temps, il a eu l'idée d'appliquer au cathétérisme le bain d'huile ou le graissage automatique en usage dans les machines modernes. Pour cela il se contente d'injecter dans le sac lacrymal avec la seringue de Pravaz deux ou trois gouttes d'huile d'olive stérilisée. De cette façon, pendant toute la durée du cathétérisme la sonde baigne pour ainsi dans l'huile et franchit les rétrécissements avec la plus grande facilité et sans meurtrir ou déchirer la paroi lacrymale.

M. DE METS (d'Anvers). — *La teinture d'iode dans le traitement des kératites infectieuses.*

Il semble qu'après le remarquable rapport de M. Albert Terson, vieux d'à peine trois ans, et de la discussion qu'il fit naître au sein de la Société Française d'Ophtalmologie, il soit superflu, sinon présomptueux de rouvrir cette discussion. Mon excuse se trouve dans le fait que les chirurgiens ont fait une réclame énorme à la teinture d'iode, ils l'ont surnommé « le Roi des Antiseptiques ». Ils le déclarent le plus efficace, le moins irritant, le moins dangereux.

En fait, la réputation de ce topique repose sur une pratique des plus étendues. La chirurgie de guerre, la chirurgie générale, la chirurgie des accidents du travail ont accumulé, au bénéfice de la teinture d'iode une documentation triomphale, laissant derrière elle toutes les statistiques de la méthode listérienne de l'époque héroïque.

La gloire de la teinture d'iode n'est pas d'aujourd'hui ; elle est née avec le topique lui-même, mais elle a, depuis, subi une longue période de dépression, d'accalmie. Il a fallu la terrible épreuve de la guerre Russo-Japonaise, pour appeler à nouveau l'attention sur elle.

Cette fois le succès a été complet, et il sera durable. Avec la teinture d'iode, possibilité d'aseptiser sûrement une surface quelconque, de désinfecter une plaie infectée avec un minimum de nocivité pour les tissus. Quand on a vu de grands, d'immenses délabrements guérir rapidement sans infection, par un simple badigeonnage à la teinture d'iode, on est stupéfait de son activité prodigieuse.

Car jusqu'ici pas un corps ne s'est montré aussi rapidement, aussi sûrement efficace. Tous les chirurgiens sont unanimes sur ce point.

L'observation de ces faits, jointe aux statistiques victorieuses pour la teinture d'iode, m'ont incité à en faire l'essai à nouveau en oculistique.

Ce n'est pas que le produit n'ait déjà été expérimenté, mais il avait plutôt et a encore une mauvaise presse et il a fallu une certaine dose de courage pour en faire à nouveau l'expérience. Dans le rapport de M. A. Terson, déjà cité, il est à peine signalé en passant ; laissé dans l'ombre à côté de certains produits. Notre collègue, M. Eperon de Lausanne, dans le fervent plaidoyer qu'il a fait ici pour le sulfate de zinc (solution concentrée 1/3 n'est guère plus favorable à la teinture d'iode. Il a essayé sans succès constant, la pioctanine, l'acide lactique, la teinture d'iode, l'acide phénique, l'eau chlorée, le sublimé et le nitrate d'argent, de concentrations diverses, le trichlorure d'iode, l'eau oxygénée, l'aristol, le dermatol, l'airiol, le collargol, l'acide trichloro-acétique, l'acide nitrique. L'iodoforme (un diminutif de teinture d'iode au point de vue de son énergie antiseptique). Les injections sous-conjonctivales de sublimé si pronées, que M. Terson vante beaucoup, ne trouvent pas grâce devant M. Eperon. Les injections séro-thérapeutiques un instant à la vogue, ont beaucoup baissé depuis dans l'estime des oculistes.

Je me suis, non sans intention, étendu sur cette énumération de l'arsenal pharmaceutique, où tous les oculistes cherchent et trouvent les armes qu'ils jugent les plus efficaces. C'est assez dire qu'ils vivent en pleine anarchie thérapeutique.

Les chirurgiens généraux sont tous unanimes pour traiter les traumatismes, grands et petits, par la teinture d'iode. Plaies par arrachement, étendues, déchiquetées, souillées de boue, de terre, sont pansées d'urgence et encore pendant plusieurs jours de suite par la teinture d'iode.

Que ces plaies aient été infectées, il n'y a aucun doute à cet égard, et les résultats de l'intervention sont uniformément brillants.

Pour l'œil, il va sans dire qu'il serait imprudent de recourir *largamano* à un produit, somme toute, fort irritant. Son mode d'emploi doit être plus prudent. Voilà plus d'un an que je l'emploie journellement dans une foule d'affections extrinsèques et intrinsèques des yeux. Les résultats ont été très brillants, souvent merveilleux.

Une première fois, il y a un an, je fus amené à avoir recours à la teinture d'iode. Il s'agissait d'une jeune fille présentant, depuis des mois, un eczéma impétigineux couvrant les trois quarts de la face. Un des yeux s'était entrepris et devint le siège de violentes douleurs.

La cornée gauche était entreprise, un hypopion se montrait avec chémosis, œdème, larmoiement. Une intervention d'urgence s'imposait. Toute la partie eczémateuse fut badigeonnée et la cornée, après anesthésie, fut touchée à la teinture d'iode.

Pour ce faire, voici comment je procède :

Je place le blépharostat, et, après m'être bien assuré que l'anesthésie est suffisante, je touche la cornée avec une tige de verre, sur laquelle je fais évaporer la teinture d'iode à consistance sirupeuse.

En réalité, j'emploie ainsi presque de l'iode métallique.

Les résultats furent rapides et inespérés. L'infiltration cornéenne disparut comme par enchantement; elle reprit son aspect normal en moins de deux jours et la résorption de l'hypopion suivit. L'eczéma évolua rapidement vers la guérison et en moins de quinze jours cette dermite, qui durait depuis des mois, fut guérie.

Encouragé par ce beau début, je répétei l'expérience. Les succès se maintinrent également brillants. Ma conviction fut faite. Je généralisai la méthode dans toutes les affections des paupières, de la conjonctive, de la cornée, présentant un certain degré de gravité.

L'action microbicide de la teinture d'iode s'exerce sur les diverses catégories de microbes pathogènes en chirurgie générale. Il devait en être de même en pathologie oculaire. Aussi, contrairement à un postulat, peut-être un peu excessif, qui donne comme règle de doser la thérapeutique et de l'adapter à la nature microbienne de la maladie, il nous a paru que pour la teinture d'iode les espèces microbiennes ne comptent pas; elle les détruit toutes également vite et bien.

J'estime qu'il est inutile d'attendre, avec son application, les résul-

tats de recherches bactériologiques. Ce serait perdre un temps précieux. La classification des kératites, d'après leur habitat microbien, présente un intérêt scientifique primordial.

Au point de vue clinique, quand on possède un agent aussi merveilleux que la teinture d'iode, il importe d'agir vite et fort.

CONCLUSIONS. — La teinture d'iode est en clinique générale le grand destructeur de toute flore microbienne.

En oculistique, il constitue un moyen thérapeutique héroïque et sûr, d'une efficacité non douteuse et mérite une place d'honneur sur la table de l'ophtamologue.

M. TH. DOMEZ (Dijon). — *Nouvelle forme du stéréoscope de Pigeon (Stéréoscope à coulisses). Quelques applications cliniques.*

Le stéréoscope de M. le professeur Pigeon est constitué dans ses parties essentielles par deux panneaux formant un angle dièdre de 106° coupé par un troisième panneau bissecteur supportant un miroir placé sur l'une de ses faces. Chacun des deux premiers panneaux supporte une mire, l'une mobile dans le sens horizontal, l'autre dans le sens vertical. Ces mires sont vues chacune isolément par un œil. L'un des yeux voit directement la mire située de son côté, l'autre mire est vue par l'autre œil par réflexion sur le miroir du bissecteur. Ce miroir donne une image virtuelle qui est projetée à côté de l'image réelle de la première mire.

En déplaçant un des panneaux mobiles sur sa coulisse, on déplace la mire correspondante soit en dehors, soit en dedans et on peut ainsi modifier à volonté les rapports des axes visuels entre eux et les faire passer du parallélisme à la convergence ou à la divergence.

L'emploi de cet appareil trouve ses indications en ophtalmologie dans un certain nombre de cas. Les expériences faites jusqu'à présent se sont limitées au traitement du strabisme, aux insuffisances musculaires et aux parésies des muscles oculo-moteurs externes.

Dans le strabisme on peut facilement provoquer la fusion en faisant varier la direction des axes optiques en dedans ou en dehors grâce aux mouvements de glissière des panneaux mobiles. La fusion une fois obtenue, on arrive à produire progressivement après un certain nombre d'exercices le parallélisme des axes optiques.

Chez tous les strabiques ayant une vision satisfaisante avec ou sans correction, on obtient au préalable la vision de doubles images, puis le fusionnement de ces images doubles, plus rapidement qu'avec tous les autres procédés qu'il est d'ailleurs utile d'employer également pour développer une vision stéréoscopique parfaite.

Dans les insuffisances et dans les paresse des muscles oculo-moteurs on peut faire travailler isolément un muscle en déplaçant les mires dans le sens de son action. Cet instrument permet également

de déterminer par un calcul très simple la valeur des prismes corrigéant une insuffisance.

F. T.

NÉCROLOGIE

Le professeur Reymond, directeur de la Clinique ophtalmologique de l'Université de Turin, vient de mourir le 9 juillet dernier.

L'éminent clinicien succombe en pleine apothéose, au lendemain du jubilé où avait été fêtée son œuvre scientifique et auquel s'étaient associés les ophtalmologistes du monde entier, tenant à rendre hommage à l'homme éminent qui vient de disparaître.

Né en 1834 à Albertville, en Savoie, le professeur Reymond s'était consacré de bonne heure à l'ophtalmologie. Dès 1860 il commençait une série de publications qui tout de suite attirèrent l'attention du monde ophtalmologique. Ses relations d'amitié avec Donders furent le point de départ d'une série de travaux dans le domaine de l'ophtalmologie physiologique. En même temps il vulgarisait le livre de Donders à une époque où l'on confondait encore la presbytie et l'hypermétropie et où l'accommodation était le plus souvent méconnue.

Son œuvre scientifique est considérable. Rappelons ses recherches sur l'héméralopie et la torpeur de la rétine, sur les rapports entre l'accommodation et la convergence, le strabisme, la vision des astigmatés, etc.

C'est à l'école de ce maître que se formèrent des hommes de la valeur d'Albertville, Tartuferi, Folch, Gallenga, qui eux-mêmes occupèrent à leur tour des chaires importantes. Sa disparition sera vivement ressentie par tout le monde ophtalmologique, et la rédaction de ces *Archives*, dont le professeur Reymond était un ami fidèle, adresse à la famille et aux élèves de l'homme éminent qui disparaît l'expression émue de ses bien vives condoléances.

Le Gérant: G. STEINHEIL

Paris, imprimerie E. ARNAULT et Cie, 9, rue Notre-Dame-de-Lorette.